

**ESTILO DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE
DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIPLAC**

por

Cristina Simão Marinho

Dissertação Apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina
como Requisito para Obtenção do Título de Mestre
em Educação Física

Agosto, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A dissertação: **ESTILO DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE DE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIPLAC**

Elaborada por: **CRISTINA SIMÃO MARINHO**

E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo
Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA
Área de Concentração:
Atividade Física Relacionado à Saúde.

Data: 24 de setembro de 2002

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento
Coordenador do Mestrado em Educação Física

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas - Orientador

Prof^a Dra. Rosane Carla Rosendo da Silva

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Silva Duarte

**Dedicado à minha filha Isabela com quem aprendi
que somente para o verdadeiro amor não há
limites.**

AGRADECIMENTOS

É difícil exprimir com palavras adequadas, minha gratidão para com todas as pessoas que tanto contribuíram para este trabalho.

Primeiramente agradeço a Deus, porque sem Ele nada teria sentido;

À minha família, pelo constante apoio. Em especial a minha mãe Beatriz, e meu pai Joaquim, pelo apoio muito especial em todos os momentos do mestrado;.

Ao Prof. Markus Nahas, pelo estímulo e irrestrito apoio, fonte constante de encorajamento, que emprestou a esse trabalho uma porção razoável de clareza que ele por ventura possui;

Ao Kid, pela amizade, e por ter em numerosas ocasiões, assumido certos encargos liberando-me para escrever;

Aos amigos do Mestrado, em especial, a Terezinha, Ademir, Irineu, Cíntia, João por tudo que dividimos juntos;

À Prof. Cândida, pelo auxílio valioso prestado na revisão deste trabalho;

A todos os Professores do mestrado, cujas importantes lições esclareceram minhas opiniões;

Aos amigos Mauro e Paola, pelo carinho e apoio muito especial num momento crucial deste trabalho;

Ao Jairo, pela sua disponibilidade e bom humor;

E a todas as pessoas que, das mais variadas formas, contribuíram para que esse trabalho pudesse ser realizado.

RESUMO

ESTILO DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIPLAC

Autora: Cristina Simão Marinho

Orientador: Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas - Orientador

O objetivo do estudo foi analisar o estilo de vida e os indicadores de saúde de estudantes universitários da Universidade do Planalto Catarinense, UNIPLAC, no município de Lages SC. Os dados foram coletados através de um questionário proposto por Nahas e Assis et al. (2001). O instrumento permitiu coletar informações pessoais e demográficas, aspectos do estilo de vida (fumo, álcool e percepção do nível de estresse), nível habitual de prática de atividade física, características alimentares e controle do peso corporal. A amostra foi selecionada através de amostragem por conglomerados (turmas) em quatro áreas de conhecimento e incluiu 357 universitários (40,4% homens e 59,6% mulheres), com idade média de 25, 8 anos (DP =8,22). Foram utilizados os programas Epi info (versão 6.04b) e SPSS for windows (versão 9.0) como auxílio na análise dos dados. Quanto às características demográficas os dados apresentaram as seguintes resultados: a grande maioria era solteiro, (48,4%), residia com os pais, usava como meio de transporte para a universidade carro ou moto, levando em média 23 minutos para deslocar-se de casa até a universidade. Quase metade, (47,5%), dos universitários não trabalha. Entre os universitários 78,4% não são fumantes. Ficou claro na pesquisa que o dinheiro é o maior gerador de estresse, no entanto, menos da metade referiu níveis elevados de estresse. A maioria relatou não estar satisfeita com seu peso corporal (54,4% gostaria de diminuir), e 76,1% indicara percepção de saúde positiva. A grande maioria (69,2%) possui peso normal de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (IMC entre 18,5 e 24,9). Quase a totalidade dos universitários ingere menos de 14 doses semanais de álcool. O critério usado para avaliação do nível de atividade física foi o IPAQ (2001), que classifica o nível de atividade física em MET. minuto/semana. Os sujeitos foram classificados em três grupos, de acordo com o nível de atividade física. Foram considerados inativos os que realizam atividades com menos de 450 MET minuto/semana, em moderadamente ativos quem pratica atividade entre 450 e 899 MET minuto/semana e ativos os que praticam mais de 900 met. minuto/semana como inativos. De acordo com esta classificação, a prevalência de universitários ativos fisicamente foi: a) maior entre os homens; b) idade entre 18 a 29 anos c) entre os casados; d) a grande maioria concentra-se nas áreas de exatas e tecnológicas, e) possuem baixo peso corporal e, raramente, sentem-se estressados. Em geral, este grupo de universitários é pouco ativo fisicamente, com alimentação rica em gorduras, refrigerantes e doces, mas com baixo consumo de álcool e fumo.

ABSTRACT

LIFESTYLE AND HEALTH-RELATED INDEXES OF COLLEGE STUDENTS FROM UNIPLAC (UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE)

Author: Cristina Simão Marinho

Advisor: Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas – Orientador

The objective of the present study was to analyse the lifestyle and the health indicators of college students from Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), in Lages, Santa Catarina. The data were collected by means of a questionnaire proposed by Nahas and Assis (2001). This instrument pointed out personal and demographic information, aspects of lifestyle (smoke, alcohol and stress level) habitual level of physical activities, nutritional characteristics and body weight. The sample was selected through cluster sampling, in four academic areas, including 357 students (40.4% men and 59.6% women) with an average of 25.8 years old (DP = 8.22). In order to facilitate the analysis of these data the programs Epi info (version 6.4b) and SPSS for windows (version 8.0) were used. The demographic characteristics indicated that: 48.4% are single, living with their parents and going to the university by car or motorcycle, taking an average of 23 minutes to arrive at school. Almost half (47.5%) of these students doesn't work and among all of them 78.4% do not smoke. This research also indicated that money is the major reason of stress. Most of the subjects reported that are satisfied with their body weight and have a positive perception of their health. BMI was within the derived range (18.5 –24.9) for 69.2% of the students. Almost all of the students drink less than 14 doses of alcohol per week. The criterion used to evaluate the level of physical activity was the IPAQ (2001), that classifies the level of physical activity in minutes/week. The subjects of the present analysis were classified in three groups according to the amount of physical activity: inactive, with less than 450 met minute/ week; moderately active those between 450 and 899 meters, minutes/weeks and active, the students with more than 900 meters, minute/week. Considering this classification the prevalence of active students was greater: a) among men; b) between 18 and 29 years old; c) for married students; d) in the technological and exact areas; e) for those with normal BMI; and f) among those rarely stressed. In general, college students in this study are less active than recommended for this age group, have a diet rich in fat and sweets, but the prevalence of smoking and alcoholic beverages is low.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
Capítulo	
I. INTRODUÇÃO	1
Formulação do Problema	
Questões a Investigar	
Definição de Termos	
II. REVISÃO DE LITERATURA	6
Estilo de Vida e Saúde	
Comportamento Relacionados à Saúde	
O Pentágulo do Bem-Estar	
Atividade Física e Saúde	
Estudos do Estilo de Vida de Universitários	
III. METODOLOGIA	23
Caracterização do Estudo	
População e Amostra	
Instrumentos	
Cuidados Éticos	
Procedimentos para a Coleta e Análise de Dados	
Tratamento Estatístico	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
Características Sociodemográficas	
Moradia e indicadores socioeconômicos	
Meio de transporte	
Percepção do Nível de Saúde e Estresse	
Hábitos Alimentares e Controle do Peso Corporal	
Nível de satisfação com o peso corporal	
Frequência das refeições	
Hábitos alimentares	
Comportamentos Relacionados à Saúde	
Nível Habitual de Prática de Atividades Físicas	
V. CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62

LISTA DE ANEXOS

	Página
ANEXO	
1 Questionário	63
2 Parecer Consubstanciado – comitê de ética	74

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Proporção de universitários da UNIPLAC por classificação do IMC e sexo	35
Figura 2	Nível de satisfação com o peso corporal por sexo e percentagem	36
Figura 3	Frequência das refeições diárias	39
Figura 4	Indicadores de alimentação negativa.....	41
Figura 5	Proporção de sujeitos fumantes e não fumantes após estratificação por sexo.....	42
Figura 6	Comportamentos preventivos	47

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 Distribuição dos sujeitos, na população e amostra, por área de formação	24
Tabela 2 Características demográficas e informações pessoais, por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	28
Tabela 3 Percepção do nível de estresse, por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	31
Tabela 4 Proporção de sujeitos que consideram sua saúde “positiva”, por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	32
Tabela 5 IMC dos estudantes universitários da UNIPLAC após estratificação por sexo: média (desvio padrão).....	35
Tabela 6 Prevalência de sobrepeso/obesidade dos universitários por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	37
Tabela 7 Indicadores de alimentação POSITIVA, por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	40
Tabela 8 Proporção de universitários FUMANTES, por sexo: percentagem (número de sujeitos).....	43
Tabela 9 Proporção de universitários que ingerem mais de 14 doses/semanal, por sexo: percentagem (número de sujeitos)	45
Tabela 10 Proporção de universitários ao nível de atividades físicas - percentagem (número de sujeitos)	51

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Formulação do Problema

Parece ser de consenso geral que o perfil epidemiológico no Brasil mudou nos últimos anos. A evolução das doenças, de maneira geral, e em especial das doenças infecto-contagiosas, está cedendo lugar às crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão e câncer. São também responsáveis por esse novo perfil epidemiológico (Globo Ciência, 1997), as mudanças das condições socioeconômicas.

Esse novo panorama social resultou num estilo de vida que associa estresse, fumo, sedentarismo e alimentação excessivamente calórica a uma nova gama de males da saúde. Seguindo a tendência encontrada nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares representam, hoje, a primeira causa de óbito, respondendo por um terço de todas as mortes ocorridas no Brasil (Ministério da Saúde, 2000). Isto leva a crer que as doenças nos países emergentes estão sendo substituídas pelas doenças dos países desenvolvidos.

Nesses casos, a promoção da saúde e a prevenção de algumas enfermidades e seu aparecimento mais tardio poderiam ser alcançados por meio da redução da prevalência de fatores associados ao estilo de vida, que são teoricamente, passíveis de modificação.

Saúde é definida como “o perfeito bem estar físico, mental e social do indivíduo”, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse contexto, o estado de saúde, assim como as condições de saúde, o nível de satisfação com a vida é positivo, ou seja, o bem-estar psicológico, as condições de trabalho, e até mesmo a espiritualidade estão associadas ao conceito de “qualidade de vida”.

De acordo com Setién (1993), a qualidade de vida faz parte de uma família de conceitos, que trata de representar o bem-estar humano, como modo de vida, nível de vida, condições de vida e satisfação. Gil & Feinstein (1994) definem QV como uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal. A qualidade de vida, dentro desse conceito mais amplo, está baseada na opção pessoal de cada indivíduo, respeitando suas expectativas e possibilidades, portanto, está sujeita a constantes reformulações (Novaes, 1997). De acordo com Nahas (1997), é difícil definir QV, mas que esta pode ser considerada como o conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Assim, a adoção de um estilo de vida saudável torna-se fundamental na promoção do bem-estar físico, psíquico e social e nos índices de mortalidade.

A aquisição de conhecimentos e a tomada de ações positivas – alimentação adequada, prática de atividade física e comportamentos preventivos – são consolidadas durante a infância e a juventude. Um estudo do USDHHS (2000), mostrou uma alta prevalência de várias situações de risco nos hábitos de jovens universitários norte americanos, tais como o tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, comportamentos sexuais de risco, alimentação irregular e inatividade física.

No Brasil, há poucos estudos acerca do estilo de vida dos jovens universitários brasileiros. Entretanto, alguns estudos realizados em algumas universidades brasileiras

mostraram a existência de um percentual elevado de estudantes com vida sexual ativa e de baixa incidência de hábitos preventivos (Gil,1999).

Um estudo realizado por Miranda (1987), mostrou uma relação direta entre a espiritualidade, definida como a crença na vida além da matéria ou crença religiosa, e o nível de satisfação em jovens universitários. Conte (2000), explorou as relações entre nível de atividade física, tabagismo e etilismo em universitários e, ainda, investigou variáveis da aptidão física e morbidade referida dessas pessoas.

Outras investigações, realizadas no Brasil, procuraram analisar de forma isolada alguns comportamentos relacionados à saúde.

Assim, o levantamento das informações, a respeito desses comportamentos relacionados aos universitários, se faz de fundamental importância. Primeiro, para a ampliação do banco de dados de informações acerca dos hábitos referentes à saúde de estudantes universitários no planalto serrano e a percepção do aumento de incidência dos indicadores de fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, tais como inatividade física e obesidade nesta população.

Segundo, além de possibilitar a identificação de pessoas que apresentam comportamentos que colocam em risco sua saúde, o estudante universitário é, na sua maioria, jovem.

Conhecer o estilo de vida de estudantes universitários, especialmente os comportamentos relacionados à saúde, torna-se relevante para a tomada de ações na implantação de programas no espaço da universidade, bem como pode servir de mecanismo para a modificação de comportamentos que colocam a saúde dos jovens em risco.

A partir dessas pontuações, desdobra-se a questão mais específica: qual o estilo de vida e quais os indicadores de saúde de estudantes universitários da Universidade do Planalto Catarinense- UNIPLAC no município de Lages?

Nesta perspectiva, pretende-se analisar os comportamentos relacionados à saúde em universitários da UNIPLAC, considerando os seguintes aspectos.

1. Atividade física habitual e atividade de lazer passivo;
2. Estágios de mudanças de comportamentos relacionados à atividade física;
3. Hábitos alimentares
4. Associação entre comportamentos relacionados à saúde.
5. Controle de peso corporal e prevalência de sobrepeso e obesidade.

Questões investigadas

1. Quais são as características dos comportamentos relacionados à saúde dos universitários da UNIPLAC?
2. Em que medida as variáveis sexo, idade e área de formação dos estudantes universitários estão associadas à adoção dos comportamentos relacionados à saúde?
3. Qual é a percepção de saúde dos universitários pesquisados?
4. Qual é o nível habitual de prática de atividade física no trabalho, como meio de locomoção, em casa e no lazer, (exercício ou esporte) entre os universitários pesquisados?

5. Quais são as características gerais de seus hábitos alimentares e sua relação com o controle do peso corporal?
6. Qual o nível de prática de atividades físicas e sua relação com outros fatores comportamentais relacionados à saúde?

Definição de Termos

Atividade Física: é um movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, com gasto energético acima dos níveis de repouso (USDHHS, 1996).

Atividade Física Diária: é compreendida por três grupos de atividades: lazer, ocupacional e tarefas domésticas e de sobrevivência (Bouchard & Shepard, 1994).

Comportamentos Relacionados à Saúde (CRS): opções e atitudes que definem um estilo de vida concorrente com melhores índices da saúde e redução dos riscos modificáveis para prevalência de doenças.

Estilo de Vida: é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2001).

Qualidade de Vida: é considerada como o conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. (Nahas, 2001).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Estilo de Vida e Saúde

Considerando o conceito de estilo de vida como um “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (Nahas, 2001, p.11). Parece, neste caso, não haver mais dúvida de que o estilo de vida passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades (Chór,1999).

A qualidade de vida e a saúde podem ser influenciadas por fatores, tanto individuais quanto coletivos. Nestes últimos, encontra-se a poluição ambiental, o local de moradia, e os aspectos de saúde pública. No entanto, para a maior parte da população brasileira, os maiores riscos para a saúde advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da falta de informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes. Do ponto de vista sócio-psicológico, as exigências da vida moderna, em diversos níveis, geram ansiedade e estresse.

Os fatores que influenciam o aparecimento das doenças crônico-degenerativas são chamados de fatores de risco, e são divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores considerados não modificáveis incluem idade, sexo e história familiar. Os fatores de risco modificáveis são relacionados ao meio ambiente e ao estilo de vida, incluindo o

tipo de alimentação, a atividade física habitual, o controle do estresse e o peso corporal, o consumo de álcool e o tabagismo (Bouchard, 1997, Nieman, 1998, Nahas, 2001).

A promoção da saúde, a prevenção de algumas enfermidades, ou pelo menos, seu aparecimento mais tardio, podem ser alcançados por meio da redução da prevalência dos fatores que afetam negativamente a saúde e sobre os quais se pode ter controle, dentre eles, o hábito de fumar, o consumo de álcool e drogas, a obesidade, o estresse, o sedentarismo e o isolamento social (Phillips, Pruitt & King, 1996).

Está bem documentado que grande parte dos fatores de risco podem ser modificados através de alterações de comportamento individuais. No entanto, as pesquisas chamam a atenção para o quanto os fatores sócio-culturais interferem na escolha destes comportamentos individuais, constituindo-se no modo de viver das pessoas (Raitakari, Porkka, Telama Valimaki & Viikari, 1997).

Para os fatores de risco considerados como negativos, mas que não se tem nenhum controle, é necessário que se disponha de condições ambientais e de assistência que possam minimizar e evitar comportamentos que os agravem (Link & Phelan, 1995).

Assim, vários hábitos, que foram adquiridos com o estilo de vida moderno, têm proporcionado efeitos negativos à saúde. As mudanças ocorridas no estilo de vida das sociedades urbanas e industrializadas, incluem uma vida mais sedentária, o aumento do peso corporal, ingesta pobre em alimentos integrais, poluição e contaminação ambiental; maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio, maior envolvimento social e maior exposição à violência (USDHHS, 2000).

Diversos estudos têm constantemente registrado o efeito positivo sobre a saúde, através do estabelecimento de hábitos saudáveis de vida, como uma alimentação adequada, controle dos níveis de estresse e prática regular de atividade física, aliados a um comportamento preventivo geral, como o uso de cinto de segurança, consumo de álcool e drogas, fumo entre outros (Novaes, 1997; CDC, 2001).

Comportamentos Relacionados à Saúde

De acordo com a literatura, pode-se definir Comportamentos Relacionados à Saúde (CRS) como “um conjunto de características comportamentais que afetam a saúde e qualidade de vida das pessoas”. Tal conjunto determina o estilo de vida de cada indivíduo. Um estilo de vida saudável, tem sido citado como elemento fundamental na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida (USDHHS, 2000).

Dentre os comportamentos usuais que mais têm afetado à saúde do homem contemporâneo, encontram-se os hábitos alimentares, reação ao estresse, nível de atividade física, o tabagismo, o consumo de álcool, drogas, dentre outros. Portanto, mudanças nos aspectos comportamentais, especificamente aqueles relacionados à saúde ou à qualidade de vida, podem diminuir o risco de desenvolvimento de doenças, principalmente as de maior incidência nos dias atuais, como as doenças crônico-degenerativas (câncer, diabetes, artrite, obesidade e hipertensão) (Nahas, 2001).

Alimentação

Está bem documentada que uma alimentação saudável reduz o risco de muitas dessas doenças. Por outro lado o excesso de peso, associado à inatividade física

contribuem para a obesidade, câncer, doenças cardiovasculares e diabetes (USDHHS, 1996).

O excesso de peso está ligado não somente a alta ingestão de alimentos, mas também a influências genéticas, ambientais, ao nível de atividade física, à imagem corporal e, em alguns casos, deve-se à anormalidades glandulares (Bouchard, 1997).

Estudos mostram que a população americana lentamente está mudando seu padrão alimentar; no entanto, somente um em cada quatro adultos atendem às recomendações nutricionais de ingestão de cinco ou mais porções de frutas e verduras por dia, e 20% do valor calórico total da dieta em gorduras (CDC, 2001).

O “*Dietary Guidelines for Americans*” recomenda que uma alimentação saudável deve incluir cereais, frutas e verduras, sal com moderação, alguns tipos de grãos, peixes, aves, e limitar a proporção de gorduras a 30% ou menos das calorias totais diárias e o colesterol a menos de 300 mg diárias. No entanto a escolha dos alimentos é tão importante quanto a quantidade. (Healthy People 2010).

A obesidade é considerada uma doença, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). Ela afeta 300 milhões de pessoas em todo o mundo e já atingiu proporções epidêmicas nos Estados Unidos, onde mais de 60% da população adulta têm sobrepeso, 25% das pessoas não participam de nenhuma atividade física, e 60% participam de atividades físicas de intensidade muito baixa, ou seja, que não trazem benefícios à saúde (Andersen, 1999; CDC, 2001). Entre 10% e 15% dos jovens estão com excesso de peso e este índice dobrou nos últimos 30 anos.

Em estudos populacionais, define-se obesidade como um índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg e sobrepeso com IMC igual ou superior a 25 kg.

A obesidade é, portanto, o resultado de uma complexa variedade de fatores sociais, comportamentais, culturais, ambientais, psicológicos e genéticos. Acredita-se que o número tão alto de pessoas com sobrepeso deva-se a modernização, que trouxe consigo também um aumento do consumo de alimentos ricos em proteínas e gorduras e o consumo dos chamados *fast food*, refeições rápidas, normalmente pouco nutritivas, além de ricas em gorduras, associado a uma diminuição do tempo gasto com exercícios em função da automação do trabalho, do estresse do cotidiano.

No Brasil, segundo dados do inquérito nacional mais recente (PNSN –1989) a população obesa – excesso de peso acentuado ($IMC > = 30,0$ kg) -, é de aproximadamente 10% do total, e estes índices tendem a aumentar. Estas estatísticas representam um aumento dramático sobre um período relativamente pequeno (IBGE,2000).

Em adição, conforme Beilin, Puddly &Burke (1999), existem fortes indícios de que os hábitos alimentares são estabelecidos na infância. Crianças obesas têm maior probabilidade de serem adultos obesos. Os efeitos de uma dieta rica em gorduras saturadas e produtos industrializados, e pobres em fibras, na infância e adolescência, aumentam a predisposição para doenças cardíacas na idade adulta.

Galobardes, Morabia & Bernstein (2000), procuraram identificar, em uma amostra representativa da Suíça, a relação entre nível educacional e status socioeconômico com excesso de peso. A análise desse estudo demonstrou que a prevalência de obesidade , ou sobrepeso, está associada com o baixo nível socioeconômico e nível de instrução. Este mesmo estudo encontrou, maior incidência de obesidade entre os homens do que entre as mulheres.

Leino et al. (2000), investigaram o risco de desenvolvimento de doenças cardíacas entre jovens que moram na área rural e urbana na Finlândia. Os resultados

sugerem que jovens que moram em áreas rurais possuem uma dieta rica em frutas e verduras, são fisicamente mais ativos, conseqüentemente possuem níveis mais baixos de LDL – colesterol e pressão arterial, quando comparados com jovens que moram em áreas urbanas.

Fumo

Atualmente, o fumo, o álcool e o uso de drogas ilícitas são responsáveis por sérios problemas de saúde em jovens e adultos de diferentes países. As estatísticas indicam que o cigarro mata mais a cada ano nos Estados Unidos do que a AIDS, álcool, cocaína, heroína, homicídios, suicídios e acidentes motores (CDC, 2000).

No Brasil, os dados do Ministério da Saúde (2000), indicam que 39% da população acima de 18 anos são fumantes. A faixa etária com maior índice de fumantes está entre os 30 aos 49 anos.

A adesão ao hábito de fumar pode ter influência dos amigos, a curiosidade ou a influência do meio ambiente. O risco de um jovem vir a ser fumante torna-se duas vezes maior caso os pais sejam fumantes (Azevedo et al., 1999).

Altas taxas de mortes prematuras foram atribuídas ao cigarro para ambos os sexos, população de todas as idades e níveis de educação na Europa. Sugestiona-se que isto deva-se ao fato de que o hábito de fumar começa muito cedo em algumas regiões da Europa (Steptoe & Wardle, 2001).

O cigarro é o principal fator de risco modificável para doenças cardíacas, câncer, doenças crônicas. Durante a gravidez pode resultar em aborto, doenças prematuras

e síndrome da morte súbita infantil. O fumante passivo também aumenta o risco de doença cardíaca, asma e bronquite crônica (Healthy People, 2010).

Álcool

De acordo com *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) (1997), as bebidas alcoólicas estão entre as bebidas mais consumidas entre jovens e adultos. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), cerca de 15% da população é alcoolista, sendo mais prevalente no sexo masculino do que no feminino.

Segundo os critérios usados pelo *Australian National Guidelines*, e o NIDA o consumo de álcool seguro é de no máximo duas doses ao dia para mulheres e quatro doses ao dia para homens. No entanto, algumas instituições que tratam do assunto, como o Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) e o Grea (Grupo Interdisciplinar de Estudos de álcool e Drogas) do Hospital das Clínicas de São Paulo estabelecem que a dependência não é realizada pela quantidade ou frequência do consumo de álcool ou drogas, mas pela interferência destes na vida do sujeito, em suas atividades, em seu funcionamento físico, em seus relacionamentos, no controle perdido sobre o álcool ou drogas.

O consumo elevado de bebidas alcoólicas está associado ao maior número de acidentes de trânsito, comportamentos agressivos e comprometimento das funções hepáticas e renais, podendo levar a problemas cardíacos (Jayasingh, 2000). Em adição, conforme Webb et al. (1996), existe forte associação do uso abusivo de álcool e outras drogas, com sérios problemas, incluindo violência, transmissão de doenças como a AIDS, o abuso sexual em crianças, gravidez precoce, fracasso escolar, baixa produção no trabalho e podem resultar no fracasso familiar, no trabalho e na vida pessoal.

Nos Estados Unidos, cerca de 38,9% dos estudantes com idade entre 18-24 anos consomem bebidas alcoólicas em excesso, e a prevalência maior parece estar entre os homens (41,4%) do que entre as mulheres (36,6%). No entanto, são índices considerados altos para ambos os sexos. (CDC, 2001).

No Brasil cerca de 90% das internações por dependência química têm o álcool como principal responsável (Jackson & Sampaio, 1999). Segundo pesquisas realizadas, desde 1987, nas dez maiores capitais pelo Cebrid da UNIFESP, o álcool é a droga mais utilizada entre os estudantes do ensino médio. O primeiro contato desses adolescentes com a bebida alcoólica é bastante precoce, cerca de 50% dos alunos entre 10 e 12 anos já fizeram uso de álcool e 28% provaram bebidas alcoólicas pela primeira vez na própria casa, em muitos casos por oferta dos pais (CNPd, 1998).

O uso de álcool parece ter relação com o nível socioeconômico. Baixos níveis socioeconômicos estão geralmente associados ao maior consumo de álcool, embora exista um número quase equivalente em homens alcoólatras de várias classes sociais, ainda que o alcoolismo possa ser mais perigoso nas classes baixas pela maior dificuldade ao acesso aos recursos médicos e sociais (CDC, 2000).

Os resultados de um estudo realizado na Suécia, com jovens estudantes com idade entre 15 e 24 anos, mostraram a forte associação entre comportamentos agressivos, como fugir de casa, faltas constantes às aulas, redução no desempenho escolar, contato com autoridades policiais, e a relação dos índices de criminalidade e mortes violentas com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse sentido, o que se recomenda é que programas de intervenção devem focalizar mais em fatores considerados como protetores, dentre eles, a atividade física, uma boa auto-estima e a realização escolar estão entre os que

parecem contribuir positivamente para a diminuição do consumo de álcool e outras drogas entre os jovens (Stembacka, 2001).

Estresse

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), o estresse é considerado uma epidemia mundial. O impacto que o estresse provoca sobre os aspectos físicos e psicológicos de um indivíduo são consideráveis. O estresse e a depressão são considerados grandes problemas que afetam jovens com idade entre 18-24 anos em muitos países. Nos Estados Unidos, aproximadamente 20% da população americana sofre de estresse e a depressão; dois terços dos suicídios daquele país têm como causa principal a depressão (Health People, 2010).

O estresse pode afetar a saúde mental de crianças, adolescentes, adultos e idosos, pessoas de todas as raças, de ambos os sexos, níveis educacionais e de rendimento. No entanto, estudos indicam uma prevalência maior de estresse entre adultos e idosos. Os efeitos do estresse e da depressão afetam duas vezes mais as mulheres do que os homens, nível socioeconômico mais baixo, e algumas raças, como a negra, são mais vulneráveis à experiência com o estresse e a depressão. Associação entre estresse e diversas doenças, destacam-se as doenças cardíacas, hipertensão, insônia, enxaqueca, desordens alimentares entre outras. (Lipp, 1994).

Vive-se em uma sociedade onde as demandas sociais, educacionais e, principalmente, as econômicas, que dirigem e controlam a vida pessoal e profissional do homem, está sujeita ao estresse psicossocial. Apesar de não se poder evitar todas as situações de estresse, existem várias maneiras de se responder a essas situações, reduzindo ou modificando seu efeito (Nahas, 2001).

Existem evidências de que o apoio social do governo, a atividade física, o consumo moderado de álcool – menos de 14 doses semanais – , os cuidados nos comportamentos preventivos, como o uso de cinto de segurança, segurança nos relacionamentos sexuais, a espiritualidade entre outros, contribuem na melhora do estado de humor e consequentemente nos níveis de estresse (Allgower, 2000).

Comportamentos Sexuais

Os comportamentos sexuais de risco são um grande problema entre a população jovem de todos os países. Nos Estados Unidos, a gravidez precoce é uma parcela significativa dos infectados com o vírus da AIDS tem menos de 25 anos, e a maioria é infectada através de relacionamentos sexuais de risco.

A gravidez precoce indica um comportamento sexual de risco, os altos índices encontrados no Brasil, indicam que o aumento da fecundidade precoce na adolescência tem acontecido diferenciadamente pelo espaço e grupos sociais, afetando mais as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com nível de educação menor (Fruet, 1995).

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento nos cuidados com os comportamentos sexuais de risco, porém a AIDS é o que mais preocupa, por ser uma doença fatal e uma epidemia mundial.

Como no resto do mundo, houve no Brasil um deslocamento no perfil da transmissão da AIDS, que inclui hoje, cada vez mais mulheres, jovens e crianças. Hoje a categoria de exposição que apresenta maior crescimento é a heterossexual, seguida e pela usuário de droga endovenosa. Assim, o número de mulheres contaminadas através do contato sexual tem aumentado muito. A proporção de homens/mulheres com AIDS que em 1985 era de 30/1, em 1995 é de 3/1. Entre as mulheres, a faixa etária mais atingida tem

entre 25 e 29 anos e 30 e 34 anos, estando, portanto em fase reprodutiva e produtiva (Fruet,1995).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica de AIDS do Ministério da Saúde (1997), contabilizou um total de 79 casos por 10.000 habitantes, com um total de 54% da transmissão por exposição sexual.

Meira (1987), afirma que o segundo grupo de maior prevalência de infecção pelo HIV é o de usuários de drogas injetáveis por via intravenosa.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1995), a transmissão por via parenteral (usuários de drogas injetáveis, transfusão de sangue e hemofílicos), vem apresentando significativas alterações ao longo do período. Em 1985, 77% das ocorrências eram entre hemofílicos ou referentes à transfusão de sangue contaminado, e apenas 23% de casos em usuários de drogas injetáveis (UDI). Já a partir de 1994, cerca de 90% dos casos notificados são pertencentes ao grupo UDI. Entre as mulheres predomina a via de transmissão heterossexual, entre estas 34% tinham como fonte de infecção parceiros sexuais usuários de drogas injetáveis, seguidas de 10% que referiram relacionamento com parceiros bissexuais.

Em todas as situações de contágio, simples comportamentos preventivos - como o uso de preservativo – representa o que há de mais eficaz. A AIDS é uma doença que até agora não encontrou fórmulas que detivessem sua disseminação, tornando-se uma doença de grande importância no âmbito social, pois tem acometido indivíduos de todas as idades de diferentes níveis sócio-econômicos.

O Pentáculo do Bem-Estar

Nahas, Barros & Francalacci, (2000), propuseram o “Pentáculo do Bem Estar” como uma forma de avaliação dos cinco aspectos fundamentais do estilo de vida individual. Os autores consideram que a nutrição, o estresse, a atividade física, o comportamento preventivo e os relacionamentos humanos são os componentes que afetam a saúde geral e estão associados ao bem estar psicológico e ao desenvolvimento de diversas doenças.

O Pentáculo do Bem-estar foi um instrumento idealizado para ser utilizado em uma amostra de adultos, e seus resultados podem ser interpretados individual ou coletivamente. Através deste instrumento, as pessoas são estimuladas a colorir as faixas, que representam diversos itens relacionados ao comportamento de saúde, os quais vão desde nutrição até o controle do estresse. A escala do Pentáculo do Bem-Estar varia de zero a três. O valor zero implica ausência total da característica analisada no estilo de vida e três (pontuação máxima), indica uma completa realização do comportamento considerado.

A idéia geral do Pentáculo do Bem-Estar é permitir que a pessoa identifique aspectos positivos e negativos em seu estilo de vida, recebendo informações que possibilitem ao respondente tomar decisões que contribuam para a melhoria da qualidade de vida.

Atividade Física e Saúde

Tendo em vista evidências que relacionam a saúde positiva a níveis satisfatórios de atividade física, esta destaca-se como fator fundamental para um estilo de vida saudável.

Entretanto, na atualidade, as mudanças impostas pela tecnologia e pela estrutura das sociedades têm contribuído para que as pessoas adotem um estilo de vida caracterizado por um predomínio das atividades de lazer de natureza intelectual ou fisicamente passivas, como assistir televisão, ouvir músicas e jogar cartas, ao invés da participação em jogos, danças e esportes (Healthy People, 2010; Nahas, 2001; USDHHS, 2000).

Um crescente corpo de conhecimento considera que apesar de estarmos vivendo mais, questiona-se a qualidade de vida desses anos adicionais. As disparidades sociais, o desemprego, o estresse constante gerado pelo estilo de vida das pessoas, a falta de segurança e a depreciação nos relacionamentos sociais, o lazer cada vez mais individual e passivo, entre outros fatores, tem comprometido a qualidade de vida de grande parte da população. Porém, apesar das dificuldades, as escolhas e decisões no comportamento diário são individuais e assumem papel relevante para a saúde e o bem estar (Nahas, 2000; CDC, 2000).

Estudos epidemiológicos da população norte americana indicam que apenas 15% da população adulta está engajada em algum tipo de atividade física de intensidade vigorosa, podendo alcançar um percentual de 40% de acordo com as recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) e mais de 25% são completamente sedentárias. (*American College of Sport Medicine*, 1996; Frankish, Milliga & Red, 1998, CDC, 2000).

No Brasil, apesar de algumas limitações metodológicas empregadas nos estudos para determinar o nível de atividade física da população, os dados indicam índices de inatividade física variando entre 46,4% e 60%. (Pesquisa Datafolha, 1997; Barros, 1999).

As evidências científicas produzidas por diversos estudos realizados nos últimos anos, têm demonstrado que exercícios físicos regulares diminuem o risco de hipertensão, obesidade, diabetes, hipercolesterolemia, alguns sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão, câncer de colo e osteoporose (Leon & Norstrom, 1995; Pate, Pratt, Blair, et al., 1995; Shepard & Bouchard, 1994; Frankish, Milligan & Reid, 1998).

Além disso, as atividades físicas regulares fortalecem o sistema ósseo e muscular, aumentam a massa magra e ajuda a diminuir a massa gorda, contribuindo no controle do peso corporal, reduzem a ansiedade e o estresse (USDHHS, 1996).

Apesar da crescente aceitação dos benefícios da atividade física para a saúde, a maioria da população de vários países, permanece predominantemente sedentária. Existem fortes evidências da relação entre inatividade física e aumento da taxa de mortalidade por todas as causas (Pollock, Mathews, Feigenbaum & William, 1995).

Nos Estados Unidos, estima-se que mais de 250.000 mortes por ano, 12% do total, está atribuída a falta de atividade física regular. As informações apontam uma elevada prevalência de inatividade física, sobretudo entre as pessoas de menor nível educacional, menor renda , mulheres, e que o tempo gasto com atividades físicas declina com o aumento da idade (Pate et al., 1996; Raitakari, Taimela & Porkka, 1997; Droomers, Schijvers & Makenback, 2001).

Uma equipe de experts coordenada pelo “*Centers for Disease Control and Prevention*” (CDC) e o “*American College of Sports Medicine*” (ACSM), adotaram o

paradigma atividade física-saúde, que incorpora as atividades físicas intermitentes e de intensidade moderada, de no mínimo 30 minutos por dia, preferencialmente todos os dias, com um gasto calórico que deve alcançar, no mínimo 1000 calorias/semana . A maioria das atividades físicas moderadas apresenta um nível de intensidade de 4 a 7 Kcal/min (3-6 METs), incluindo atividades como caminhada rápida, tarefas domésticas e jardinagem.

O fato da atividade física de intensidade moderada conferir benefícios à saúde está fundamentada em considerável volume de evidências. Diversos estudos registram um menor índice de mortalidade por doenças cardíacas e diminuição dos fatores de risco em indivíduos engajados na prática regular de atividades físicas moderadas. Para a população em geral, os maiores benefícios à saúde ligados ao aumento da atividade física são obtidos quando os menos ativos tornam-se moderadamente ativos (Phillips, Pruitt & King, 1996).

O estilo de vida ativo representa um importante componente da saúde, contribuindo para melhoria na qualidade de vida e do bem estar, o que tende a reforçar a importância de se desenvolver políticas públicas e programas em dimensão populacional, com intuito de encorajar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo. Isso poderá contribuir não só com benefícios à saúde, como deverá favorecer a aquisição de hábitos de atividades físicas que poderão ser mantidos ao longo da vida (Nahas, 2001).

Estudos do Estilo de Vida de Universitários

Diversos estudos norte-americanos têm descrito o perfil do comportamento da população universitária naquele país. No entanto, até o momento, dispõe-se de poucas informações sobre estilo de vida em universitários, em amostras representativas, no Brasil.

Alguns estudos realizados com estudantes universitários norte-americanos, mostraram que muitos deles- a maioria (74%) -, durante o período da graduação ingerem mais bebida alcoólica do que em outros períodos da vida, chegando a dirigir, algumas vezes, alcoolizados (Leenders e Sherman, 2000)

Webb, Ashton e Kamali (1996), conduziram um estudo envolvendo estudantes universitários. Neste estudo, os autores compararam o uso de cigarro, álcool e outras drogas, em diferentes cursos. Obtiveram como resultado uma considerável variação entre os diferentes cursos, todavia o consumo de álcool, cigarro e outras drogas foi mais acentuado nos cursos de ciências sociais e biológicas.

O CDC (1999) publicou estudo onde se analisou a freqüência de relações sexuais como também o não uso de preservativo ou pílula anticoncepcional e a dieta. Quanto a dieta foi encontrado alto consumo de alimentos hipercalóricos e uma ingesta pobre de frutas e verduras, em relação ao uso de preservativo ou pílula anticoncepcional, uma parcela significativa da população jovem ainda não faz uso regular dos mesmos nas suas relações.

Um estudo realizado por Tobar & Morgan (2000), constatou altos índices de ansiedade e depressão entre estudantes universitários. Isto pode ser atribuído aos baixos níveis de atividade física e ao tempo dedicado as atividades de lazer ativo na população

pesquisada, observou-se uma relação significativa entre os níveis de estresse e o nível de atividade física e tempo de lazer.

Dados sobre padrões de atividade física em universitários da Universidade de Stanford (Califórnia) demonstraram que a proporção de jovens que não realizava atividade física é de 40%; os que praticavam exercício, entre 2 a 4 vezes por semana, alcançava valores em torno de 60%, sendo os homens mais fisicamente ativos que as mulheres (Adame, Johnson, Cole, Matthisson & Abbas, 1990). No entanto, Economos, Gasdag & Goldberg (2000), ao relatarem as diferenças de percepções e situações de saúde entre universitários, praticantes e não praticantes de atividade física, destacaram que as mulheres aparecem como sendo mais ativas do que os homens e que os sujeitos que praticavam atividade física pelo menos três vezes por semana, acumulando um mínimo de 120 minutos/semana, sentem-se mais felizes, usam suplemento vitamínico, consomem de 3 a 5 porções de frutas e verduras por dia, e usam seu tempo mais produtivamente do que os não praticantes de atividade física.

Slava, Laurie & Corbin (1984) conduziram um estudo envolvendo universitários sobre os efeitos a longo prazo produzidos pelos programas de Educação Física. Os resultados demonstraram que, 90% dos entrevistados, aprovam o valor da atividade física regular para a melhora da aptidão física e saúde, mas somente 24% participavam de exercícios regulares.

Leenders & Sherman (2000) listam alguns fatores que motivam a busca por condições de saúde em estudantes universitários que praticam atividade física regular ou algum tipo de esporte. Esses indivíduos mostraram-se mais propensos a comer cinco porções de frutas e verduras por dia, gastavam menos tempo com o computador e fumavam menos, comparados com os não praticantes de atividade física.

Tobar & Morgan (2000) relacionaram depressão, estado de humor e atividades físicas baseados em universitários. Concluíram que a depressão e o estado de humor não difere entre homens e mulheres que praticam atividade física dos que não praticam. Os homens são mais fisicamente ativos do que as mulheres e a depressão e o estado de humor não tivera associação com a atividade física.

No Brasil, estudos envolvendo universitários têm sido realizados em pequenos grupos populacionais. Salmuski & Noce (2000) concluíram, em um estudo sobre a importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida entre professores, alunos e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais, que: saúde, qualidade de vida e prazer foram motivos relevantes, de uma maneira geral. Para os indivíduos, pesquisados, bem como o conceito de saúde encontrava-se muito relacionado à saúde física. Para estas pessoas, a saúde é beneficiada pela prática regular de atividade física e os termos como condicionamento físico, atividade física e bem-estar físico apareceram com altos níveis de relevância.

Conforme Francalacci & Nahas (1995) os universitários que passaram pela Educação Física Curricular na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) possuíam atitudes mais positivas sobre aptidão física e exercícios físicos para a saúde comparados àqueles que não tinham tido aulas.

Uma busca cuidadosa na literatura mostra que ainda há muito o que investigar na questão do estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde dos jovens universitários brasileiros. Este trabalho procurou cobrir uma lacuna neste tema, investigando como é o padrão de vida dos universitários da UNIPLAC, em Lages, SC.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Caracterização do estudo

Esta pesquisa visou analisar os comportamentos relacionados à saúde em universitários da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, localizada na cidade de Lages, SC, verificando os níveis de atividade física habitual e do lazer passivo, estágios de mudanças de comportamento, hábitos alimentares e controle do peso corporal. Para a realização deste estudo inicialmente, identificou-se e caracterizou-se a amostra conforme os objetivos do estudo; e a seguir a população amostra foi investigada para análise dos dados. De acordo com Thomas & Nelson (1996), em razão da abrangência e a natureza dos dados deste levantamento populacional, esta pesquisa caracterizou-se como descritiva correlacional.

População e Amostra

A população de referência desta pesquisa foi constituída por universitários, de ambos os sexos, e de cursos diferenciados da UNIPLAC, no período de 2002/1. Para a primeira etapa da investigação, a amostra por conglomerados foi determinada de forma estratificada, proporcional por área de formação e sexo (Saúde, Exatas e Tecnológicas, Econômico-Jurídica e Ciências Humanas, Letras e Artes). A unidade amostral foi a turma (conglomerados), mas a unidade de análise foi o indivíduo.

Para determinação do tamanho da amostra, foi efetuado um levantamento do número total de alunos matriculados no primeiro semestre do ano de 2002. Segundo estes dados, estavam matriculados 3.566 alunos, sendo 2.137 mulheres e 1.429 homens. O quadro a seguir detalha o número total de sujeitos, por área e sexo, assim como a amostra, considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95% (Isaac & Michael, 1983).

Tabela 1

Distribuição dos Sujeitos, na população e amostra, por área de formação.

Área \ Sexo	1		2		3		4		Total	
	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n
Masculino	292	29	246	25	856	85	35	4	1429	144
Feminino	601	60	138	14	851	85	547	55	2137	213
Total	893	89	384	39	1707	170	582	59	3566	357

* Área 1 = Saúde
 Área 2 = Exatas e Tecnológicas
 Área 3 = Econômico-Jurídica e Ciências Humanas
 Área 4 = Letras e Artes

Instrumento

O questionário utilizado para a coleta de dados (anexo1), já validado para universitários catarinenses, foi elaborado para avaliação do estilo de vida e outros comportamentos de saúde, proposto por Nahas & Assis (2001). Este questionário contém questões que orientam o estudo, apresentando as seguintes partes:

1. informações pessoais e nível sócio econômico;

2. percepção do nível de saúde e estresse;
3. características alimentares e controle do peso corporal;
4. ocupação do tempo livre e nível habitual de prática de atividade física;
5. comportamentos de risco à saúde e estágio de mudança de comportamento

Cuidados Éticos

Os universitários foram informados sobre os objetivos da pesquisa, forma de divulgação e também do caráter anônimo da mesma. Após receber todas as informações, eles tinham a liberdade de escolha em relação à participação na pesquisa. Toda a pesquisa foi realizada dentro das normas éticas sugeridas pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Catarina – UFSC (anexo 2).

Procedimentos para a coleta e análise de dados

A coleta de dados foi efetuada por conglomerados (turmas), incluindo todos os alunos que concordavam em responder ao questionário. Eles tinham um tempo livre para efetuar as respostas, levando, em média, 45 minutos para responder ao questionário. As dúvidas eram sanadas durante o processo; por esta razão não houve questionários excluídos. Para inclusão dos dados, utilizou-se o programa Epi Info 6.04b, um sistema de domínio público distribuído pelo USDHHS, que permite a elaboração de planos de amostragem, criação e processamento de banco de dados e análise estatísticas. O questionário foi importado de um formato de arquivo de texto (extensão TXT) para o formato de arquivo de questionário (extensão QES) do Epi Info 6.04b. Em seguida, foram

criados arquivos controle e entrada de dados, e o programa check do Epi Info controlou a entrada de dados.

Tratamento Estatístico

A análise estatística foi executada através do pacote estatístico SPSS versão 9.0 for windows. Os procedimentos realizados foram: distribuição de frequências, cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação, desvio-padrão e intervalo de confiança). Para medida de associação entre variáveis categóricas, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado. Foi adotado nível de significância de 5%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar a apresentação e discussão dos resultados subdividiu-se o capítulo nas seguintes partes:

1. características sociodemográficas (sexo, idade, indicadores socioeconômicos, meio de transporte;
2. percepção do nível de saúde e estresse;
3. hábitos alimentares e controle do peso corporal
4. comportamentos relacionados à saúde
5. nível habitual de prática de atividade física.

Características sociodemográficas

A amostra do presente estudo foi composta, conforme descrito no capítulo III (população e amostra), por 357 universitários, sendo 40,4% (n=144) homens e 59,4% (n=213) mulheres.

Observou-se na análise dos resultados que, neste grupo, 62,9% (n= 224) eram solteiros, 28,4% n(=101) eram casados e 8,7% (n=31) não se incluíram em nenhuma dessas categorias. Quanto à origem étnica, 52,3 % (n= 185) são de origem italiana, seguida por portuguesa, e alemã mais de 30% tem mais de uma origem étnica.

A idade média dos sujeitos foi de 25,8 anos (DP= 8,22), com a faixa predominante entre 18 e 26 anos (67%), sendo que os homens tinham em média 26,4 anos (DP=8,3) e as mulheres 25,3 anos (DP= 8,0), não apresentando diferença significativa entre as idades. Na tabela 2 são apresentados dados das principais características demográficas da amostra.

Tabela 2

Características demográficas e informações pessoais, por sexo: percentagem (número de sujeitos).

Idade (anos)			
Até 29	73,4 (105)	76,0 (158)	75,0 (264)
30 a 44	21,0 (30)	19,7 (11)	20,2 (71)
45 ou mais	05,6 (08)	04,3 (09)	04,8 (17)
	66,0 (95)	60,8 (129)	62,9 (224)
	29,2 (42)	33,9 (72)	32,1 (114)
	04,9 (07)	05,2 (11)	05,0 (18)
Solteiro			
Casado/ vivendo com parceiro fixo			
Outros			
	23,9 (34)		27,5 (97)
	52,1 (74)		52,4 (185)
	23,9 (34)		27,5 (97)

	14,1 (20)		14,7 (97)
--	-----------	--	-----------

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

* 30,9% (n=109) referiram mais de uma origem étnica.

Moradia e Indicadores Socioeconômicos

Dos sujeitos investigados 48,4% (n=171) residiam com os pais, 26,9 % (n=95) residiam em casa própria e 18,7% (n= 66) em casa alugada. Do total de 357 respondentes, 47,5% (n=164) não trabalhavam, 33,4% (n=115) eram assalariados e 19,1% (n=66) faziam estágio remunerado. A maior parte trabalhava ou fazia estágio remunerado como professor (16,6%; n= 59), assistentes e auxiliares em geral (12,8%; n= 28), técnicos (3,5%; n=12), funcionários públicos (3,4%; n=12), e outras (15,7%; n=74). Verificou-se que os assalariados despendem em média 33,5 horas/semana (DP=11,2) no trabalho e os estagiários 22,1 horas/semanais (DP=12,8).

Quanto aos indicadores socioeconômicos, observou-se que 69,0% dos universitários possuem carro ou moto e 56,1% têm computador, 52,0% possui algum plano de saúde, 42,0% têm acesso à internet, 36,9% tem um empregado mensalista, e 35,8% possui TV por assinatura.

Meio de Transporte

Através da análise dos dados, pode-se observar que os estudantes universitários levam em média 23 minutos para se deslocar de casa à universidade, sendo que as mulheres levam em média 16 minutos e os homens 32 minutos. Não foi possível verificar os motivos do porque as mulheres levaram menos tempo para chegar a universidade, pois as questões suscitadas não previam esse tipo de resposta.

O meio de transporte mais utilizado (40,6%), foi o carro ou moto; 34,6% utilizam o transporte coletivo e 24,5% caminham ou pedalam até a Universidade.

Percepção do Nível de Saúde e Estresse

Em geral, os estudantes descrevem o nível de estresse, como “às vezes estressado”, 54,8% (n=195), 20,8% “raramente estressado”, 20,5% “quase sempre estressado” e apenas 3,9% excessivamente estressado.

As mulheres descrevem seu nível de estresse como sendo maior do que o dos homens. Porém ambos relataram que conseguem administrar “bem” o nível de estresse em sua vida (65,7%). Na maioria das pesquisas, quando comparados os sexos masculino e feminino, o nível de estresse das mulheres é maior do que o dos homens, sendo sugerido que a maior privação de recursos financeiros e a maior dificuldade de dispor de seu próprio tempo, poderiam ser explicações para tal fato.

Quanto à origem do estresse observou-se que tanto homens (41,7%) como mulheres (45,3%) apontaram o dinheiro como sendo o principal fator, seguido dos relacionamentos (19,1%), estudos (14,3%) e saúde com apenas (3,1%).

Para a população brasileira, o estresse é apontado como causador de doenças em vários níveis, sendo relacionado, basicamente, a problemas financeiros (IBGE, 2000).

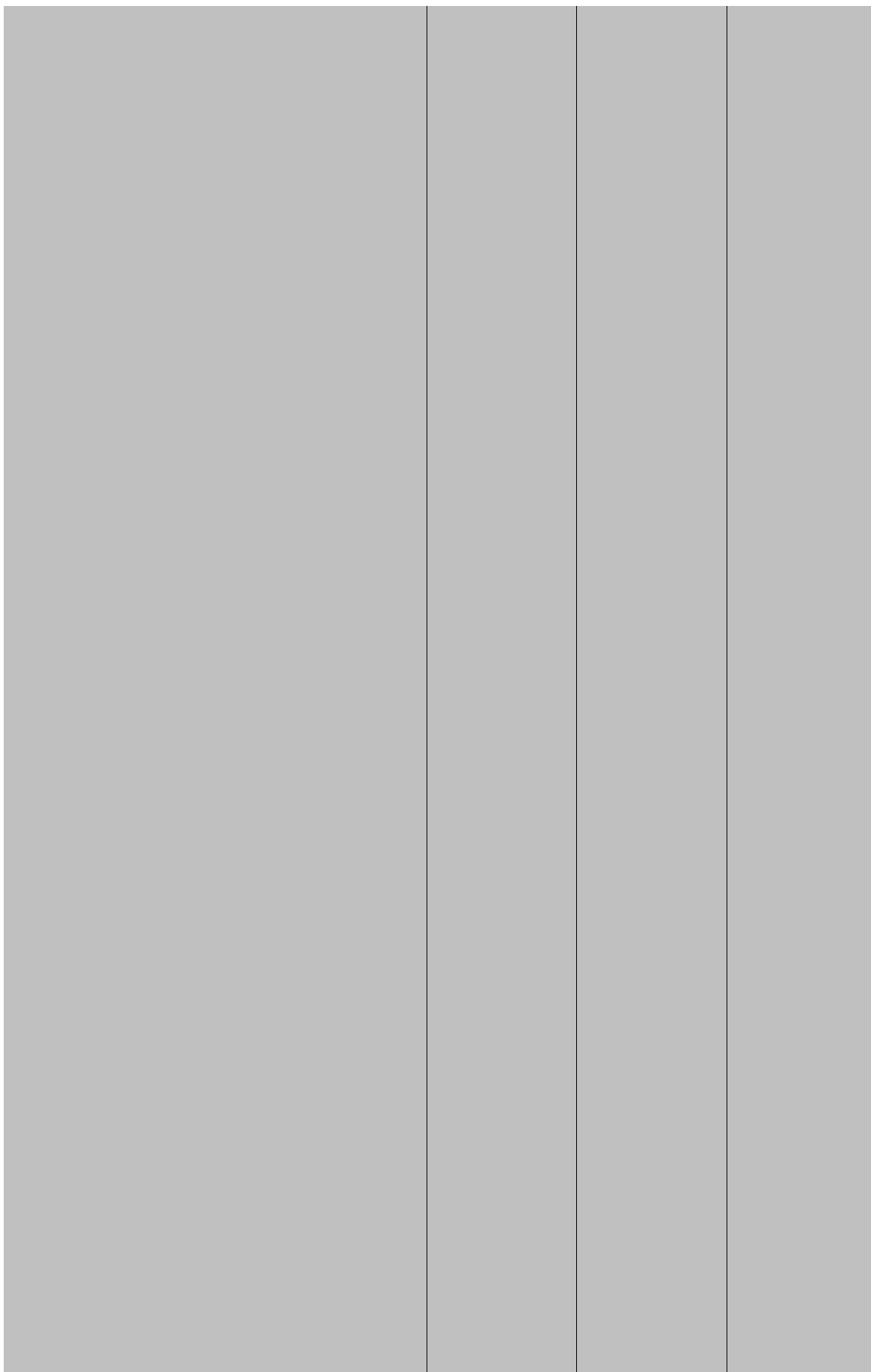
Com relação ao nível de estresse, as pessoas apontam como um dos maiores sintomas a falta de sono. Quando questionados sobre a frequência com que dormem bem, 47,8% dos universitários referiram que “quase sempre dormem bem”, enquanto 32,3% referiram ter dificuldades para dormir. As mulheres, quando comparadas ao sexo masculino, apresentam menor dificuldade de dormir: 50,5% das mulheres relatam que “quase sempre” dormem bem enquanto 43,8% dos homens fazem a mesma referência, a diferença não foi estatisticamente significativa.

Os resultados após estratificação pelo sexo com as características acima citadas estão apresentados na tabela 3.

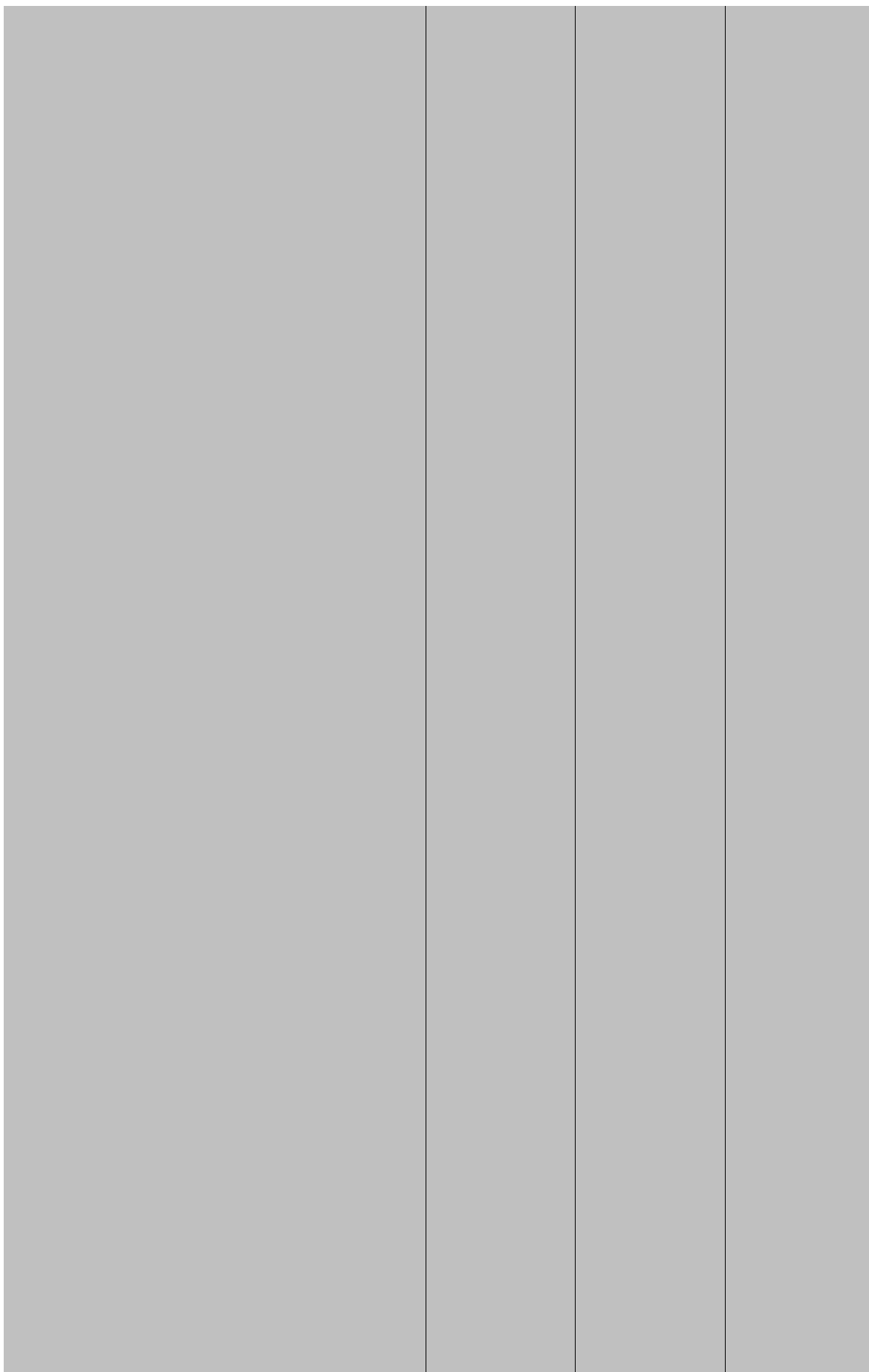
Tabela 3**Percepção do nível de estresse, por sexo: percentagem (número de sujeitos).**

Nível de Stress ($X^2=14,121$; $p=0,003$).			
Raramente estressado	25,7 (37) 54,2 (78) 18,1 (26) 02,1 (3)	17,5 (37) 55,2 (117) 22,2 (47) 05,2 (11)	20,8 (74) 54,8 (195) 20,5 (73) 03,9 (14)

[illegible]



			18,3 (65) 47,8 (170) 32,3 (115) 01,7 (6)



--	--	--	--

Percepção de Saúde

Observou-se que, em todas as faixas etárias, a maior parte dos estudantes universitários possui percepção de saúde “positiva” (76,1%; n= 268) em relação aos com percepção “negativa”. (23,9% n= 84).

A percepção de saúde “positiva” (respostas “excelente” ou “boa”) foi mais prevalente entre os homens (82,6%) em comparação com as mulheres (71,2) apresentando diferença significativa ($p < 0,05$). De todas as áreas de estudo, exceto na área da saúde, em que não houve diferença os solteiros tem percepção de saúde maior.

Entre as áreas de estudo, houve uma ligeira tendência de aumento da percepção de saúde “positiva” das áreas na seguinte ordem: exatas e tecnológicas (84,2%), saúde (81,8%), econômico-jurídica e ciências humanas (77,6%) e letras e artes (55,9%). Através da análise de variância detectou-se uma diferença significativa ($p = 0.01$) entre as áreas de estudo em relação à percepção do estado de saúde.

A proporção de universitários com Índice de Massa Corporal (IMC), que apresentaram sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC a partir de 30 kg/m²), não relataram diferenças significativas em relação aos que apresentaram peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9) e baixo peso (IMC = 18,5 kg/m²), quanto à percepção de saúde positiva.

Tabela 4

Proporção de sujeitos que consideram sua saúde “positiva”, por sexo: percentagem (número de sujeitos)

Idade (anos)			
18 a 29	84,8 (89)	71,5 (113)	76,8 (202)
30 a 44	76,7 (23)	73,2 (30)	74,6 (53)
acima de 44	75,0 (6)	66,7 (6)	72,2 (13)
Área de estudo (p< 0,05)			
Saúde	81,8 (27)	81,8 (54)	81,8 (81)
Exatas e tecnológicas	96,0 (24)	61,5 (8)	84,2 (32)
Humanas e econômico-jurídico	79,3 (65)	75,6 (59)	77,6 (125)
Letras e artes	82,6 (119)	54,5 (30)	55,9 (33)
	85,3 (81)	73,6 (95)	78,6 (176)
	76,2 (32)	69,4 (50)	72,2 (83)
	85,7 (06)	54,5 (6)	66,7 (12)

	100,0 (2) 83,8 (67) 85,1 (40) 63,6 (7)	65,0 (13) 75,7 (109) 60,6 (20) 45,5 (5)	68,2 (15) 78,7 (177) 75,0 (60) 54,2 (12)

	83,9 (99) 76,9 (20)	73,3 (118) 64,7 (33)	77,9 (218) 68,8 (53)

Hábitos Alimentares e Controle do peso Corporal

O excesso de gordura corporal (sobrepeso e obesidade) está relacionado a um estado de saúde mais negativo, maior mortalidade, maior incidência de doença cardíaca, diabetes do adulto, hipertensão arterial, dores na coluna e maior inatividade física. A prevalência da obesidade tem aumentado em diferentes regiões do Brasil, acompanhando a mundial. Os índices estão em progressão crescente e exigem uma reavaliação urgente de toda a sociedade. Dados regionais, de 1989 apontam curvas ascendentes de sobrepeso e obesidade no Brasil. Um levantamento do Ministério da Saúde, referente de 1993, demonstra que cerca de 15% da população adulta já se encontra com sobrepeso e 6,8% com obesidade.

A transição dos padrões alimentares que sofre modificações a cada dia resultando em mudanças na dieta dos indivíduos correlacionando também modificações econômico-sociais, demográficas e relacionadas à saúde no século XX, que foi marcada por uma dieta rica em gorduras (principalmente as de origem animal), açúcares refinados, e reduzida em carboidratos. Segundo pesquisadores, o predomínio desta dieta esta contribuindo para o aumento da obesidade e o declínio progressivo da atividade física dos indivíduos (Monteiro,2000).

A prevalência da obesidade no Brasil tem aumentado, acompanhando a mundial. Dados regionais, de 1989 apontam curvas ascedentes de sobrepeso e obesidade no Brasil, um levantamento do Ministério da Saúde, referente de 1993, demonstra que cerca de 15% da população adulta já se encontra com sobrepeso e 6,8% com obesidade. Os índices estão em progressão crescente e exigem uma reavaliação urgente de toda a sociedade (OMS,1998).

Isto deve-se a transição dos padrões alimentares que sofrem alterações a cada dia resultando em mudanças na dieta dos indivíduos correlacionando também modificações econômico-sociais, demográficas e relacionadas à saúde no séc. XX que foi marcado por uma dieta rica em gorduras (principalmente as de origem animal), açúcares refinados e reduzida em carboidratos. Segundo pesquisadores, o predomínio desta dieta está contribuindo para o aumento da obesidade e o declínio progressivo da atividade física dos indivíduos (Monteiro, 2000; Nahas, 1999).

No presente estudo, observou-se nos universitários que os valores encontrados nas mulheres da massa corporal de uma média de 59,6 kg (DP= 10,68) são ligeiramente superiores aos relatados por Duarte e Nahas (1997); e Freitas Jr. (1994), tendo como amostra universitários de diferentes estados do Brasil.

Em relação à massa corporal dos homens, a média de peso encontrada foi de 74,9 kg (DP= 12,46), os valores obtidos neste estudo são ligeiramente superiores aos relatados por Freitas Jr. (1994) e Glanner, Pires & Zinn (1998) em estudos com universitários de outras regiões.

Em vários estudos epidemiológicos, o índice de massa corporal (IMC), proposto pela OMS, tem sido amplamente utilizado devido, provavelmente, à simplicidade na obtenção das medidas e do cálculo do índice. Neste estudo, o IMC foi analisado considerando os limites de corte: baixo peso ($18,5 \text{ kg/m}^2$), peso normal (entre $18,5$ e $24,9$), sobrepeso (de 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade (IMC a partir de 30 kg/m^2), tendo sido observado no estudo, que entre os homens a média do IMC de $24,4 \text{ Kg/m}^2$ é considerado como peso normal e, entre as mulheres a média foi de $22,4 \text{ kg/m}^2$ também considerado como peso normal.

Parece haver dados suficientes apontando valores extremos de IMC associados a índices mais elevados de morbimortalidade em diferentes populações (Ricardo, 2001). Os valores médios do IMC indicam que tanto os homens como as mulheres deste estudo estão dentro da faixa recomendada para jovens não atletas.

Tabela 5

IMC dos estudantes universitários da UNIPAL após estratificação por sexo: média (desvio padrão).

Peso (kg)	74,90 (12,46)	59,60 (10,6)	65,80 (13,645)
	1,75 (7,29)	1,63 (6,54)	1,68 (9,04)
	24,40 (3,88)	22,40 (3,74)	23,23 (3,91)

Com relação aos índices de sobrepeso/obesidade, observou-se que 15,9 % (n=33) das universitárias apresentaram sobrepeso e 5,3% (n=11) obesidade, enquanto que dos universitários 33,6% (n=47) tinham sobrepeso e 7,9% (n=11) apresentavam-se com obesidade. Os achados não estão de acordo com os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), cujo relatório refere que a população feminina é mais atingida pelo sobrepeso e obesidade do que os homens.

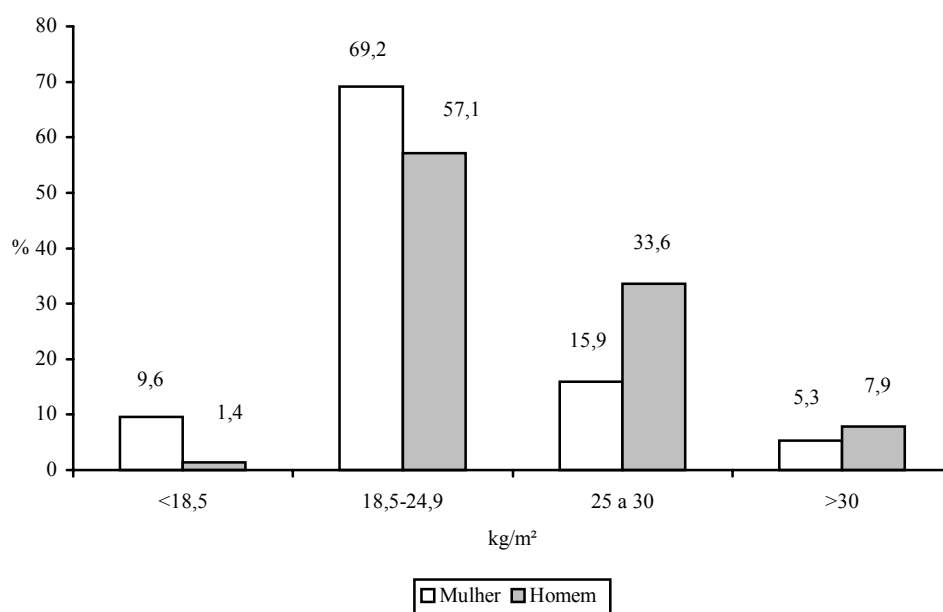


Figura 1

Proporção de universitários da UNIPLAC por classificação do IMC e sexo

Nível de satisfação com o peso corporal

Observou-se que 54,4% (n=193) dos universitários não estão satisfeitos com seu peso corporal e gostariam de diminuir, 36,1% (n=128) estão satisfeitos e, somente 9,6% (n=34), gostariam de aumentar. Dentre os que não estão satisfeitos com seu peso e gostariam de diminuir encontram-se 64,9% das mulheres e 38,9% dos homens ($p < 0,05$).

Está mencionado na literatura que a insatisfação feminina com o peso corporal pode ser explicada devido ao fato de que as mulheres têm uma autopercepção corporal maior do que os homens; no entanto, sentir-se fora do peso considerado como ideal está associado a presença de sofrimento psicológico em homens e mulheres (Veggi,2001).

Araújo (2001), relata que os níveis de insatisfação corporal são maiores entre mulheres do que entre homens, e que, o modelo de corpo desejado está distante da realidade para ambos.

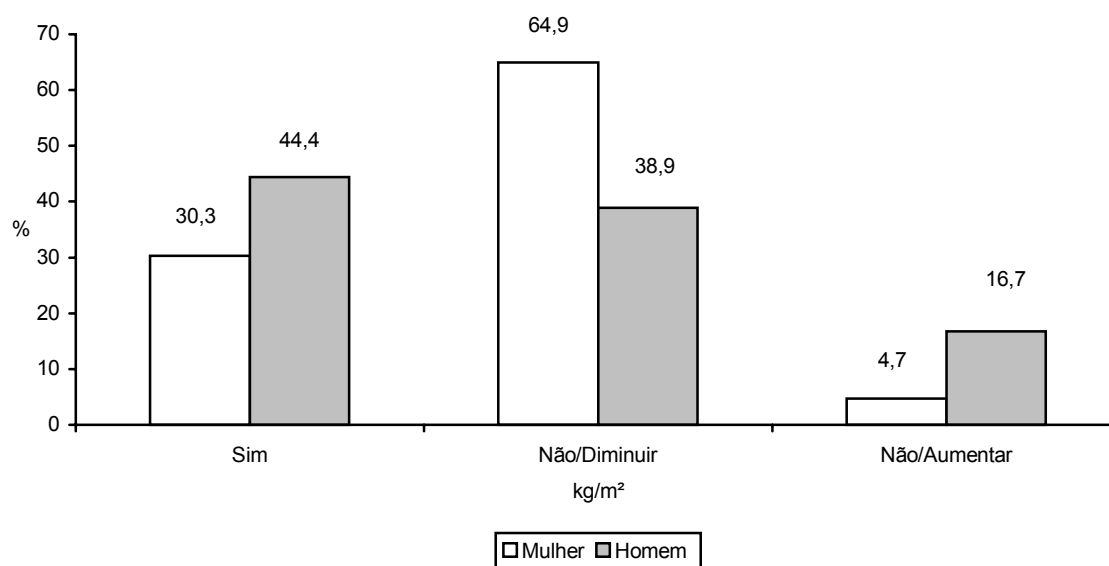


Figura 2

Proporção do nível de satisfação com o peso corporal por sexo

Com relação à faixa etária, os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Observou-se que o IMC vai crescendo conforme aumenta a idade; a prevalência de sobrepeso/obesidade, foi maior entre os homens e mulheres com idade acima dos 44 anos; e maior entre as mulheres com idade de 30 a 44 anos do que entre os homens. O aumento do IMC com o passar da idade é descrito na literatura, sendo comum a ambos os sexos (Duarte e Nahas,1995).

Entre as áreas de estudo, a diferença foi significativa ($p < 0,05$), verificou-se que a prevalência de sobrepeso/obesidade foi maior entre os homens em relação as mulheres; entre os homens da área econômico-jurídica e as mulheres da área de letras e artes.

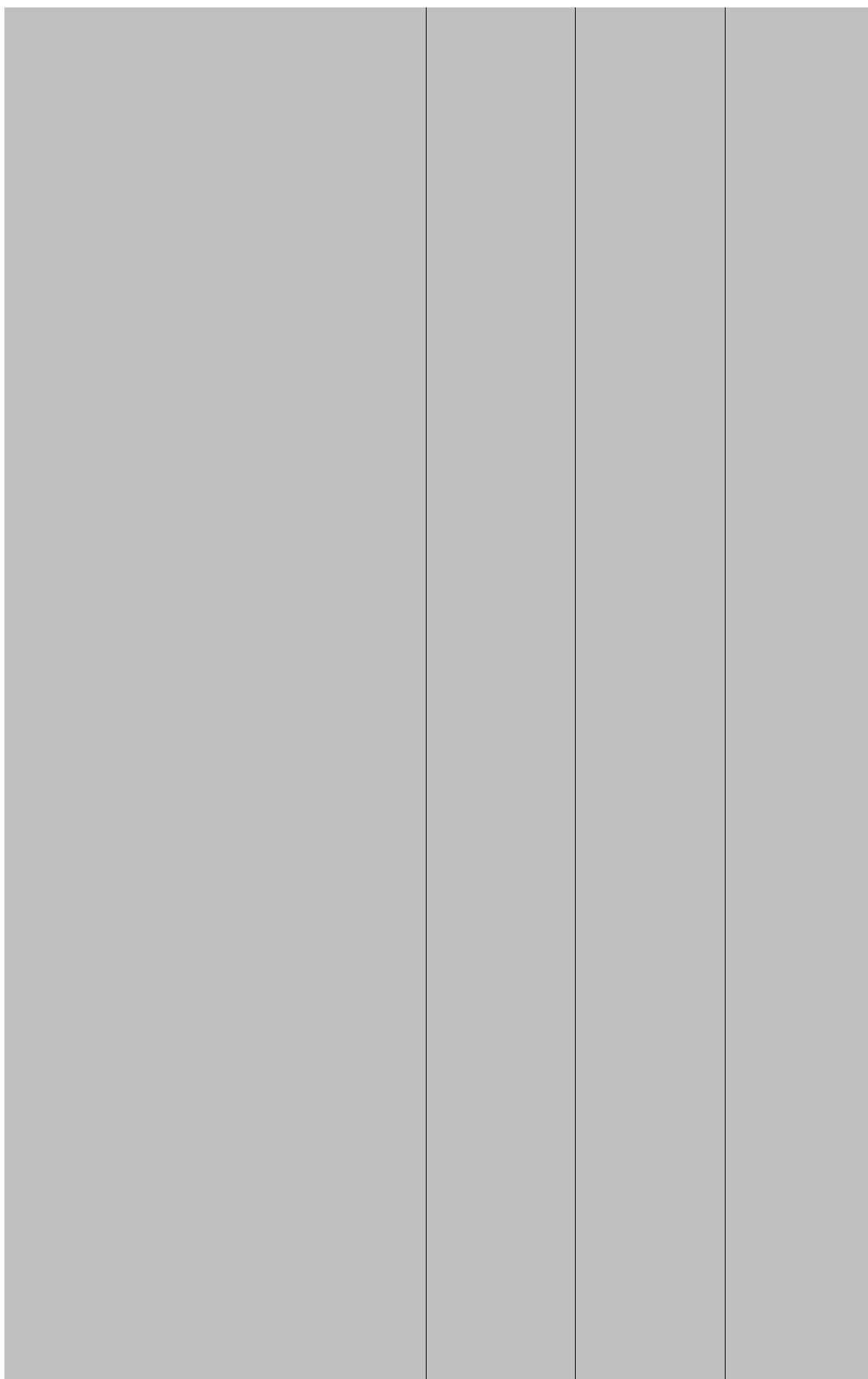
Com relação ao estado civil, o sobrepeso e a obesidade apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Foram encontradas, após estratificação por sexo proporções maiores entre os casados ou vivendo com parceiros fixos, do que entre os solteiros.

Os resultados estão mais detalhados na tabela 6.

Tabela 6

Prevalência de sobrepeso/obesidade dos universitários por sexo: percentagem (número de sujeitos).

Idade (anos) ($X^2 = 31,933$; $p < 0,01$)			
18 a 29	30,1 (31)	16,8 (26)	22,1 (57)
30 a 44	67,8 (19)	29,3 (12)	44,9 (31)
acima de 44	87,5 (7)	44,4 (4)	61,1 (11)
Área de estudo			
Saúde	37,6 (12)	09,1 (06)	18,4 (18)
Exatas e tecnológicas	32,0 (18)	25,0 (3)	29,7 (11)
Humanas e econômico-jurídico	46,9 (37)	19,5 (15)	33,1 (52)
Letras e artes	25,0 (1)	37,7 (20)	36,8 (21)
	33,3 (31)	14,2 (18)	22,2 (49)
	57,5 (23)	32,9 (23)	41,4 (46)
	57,2 (4)	27,3 (3)	38,9 (7)



--	--	--	--

A diferença do IMC em função do estado civil provavelmente é influenciada pelo fator idade.

Dentre os universitários que relataram que gostariam de diminuir seu peso, 56,1% fazem uso de exercícios físicos, 10% medicamentos, 3% de suplementos alimentares e nenhum caso de vômito.

Frequência das Refeições

Ficou claro, nas respostas às questões, que os universitários não têm uma alimentação saudável. Muitos deles ingerem mais alimentos com alto teor de gordura e pouco nutritivos. Porém, para que uma alimentação seja considerada saudável, além, de reduzir alimentos muito calóricos, é recomendável que exista um equilíbrio adequado da dieta e uma distribuição da ingestão calórica em quatro ou cinco refeições diárias equitativamente (Nahas,1999).

Observou-se, neste estudo, que apenas 54,8% (n=195) dos universitários tomam o café da manhã regularmente; 91,9% (n=327) almoçam, e 36% (128) relataram que jantam com regularidade.

A frequência das refeições é diferente entre os sexos. Os homens costumam fazer mais refeições do que as mulheres. Enquanto 17,4% deles “sempre” fazem lanche pela manhã, 46,5% “sempre” jantam, apenas 7,1% das mulheres “sempre” fazem lanche pela

manhã e 28,8% jantam, a diferença foi significativa entre o número de refeições dentro de cada sexo ($p < 0,05$).

A figura 3 mostra os resultados da frequência de refeições dos estudantes universitários estratificada por sexo.

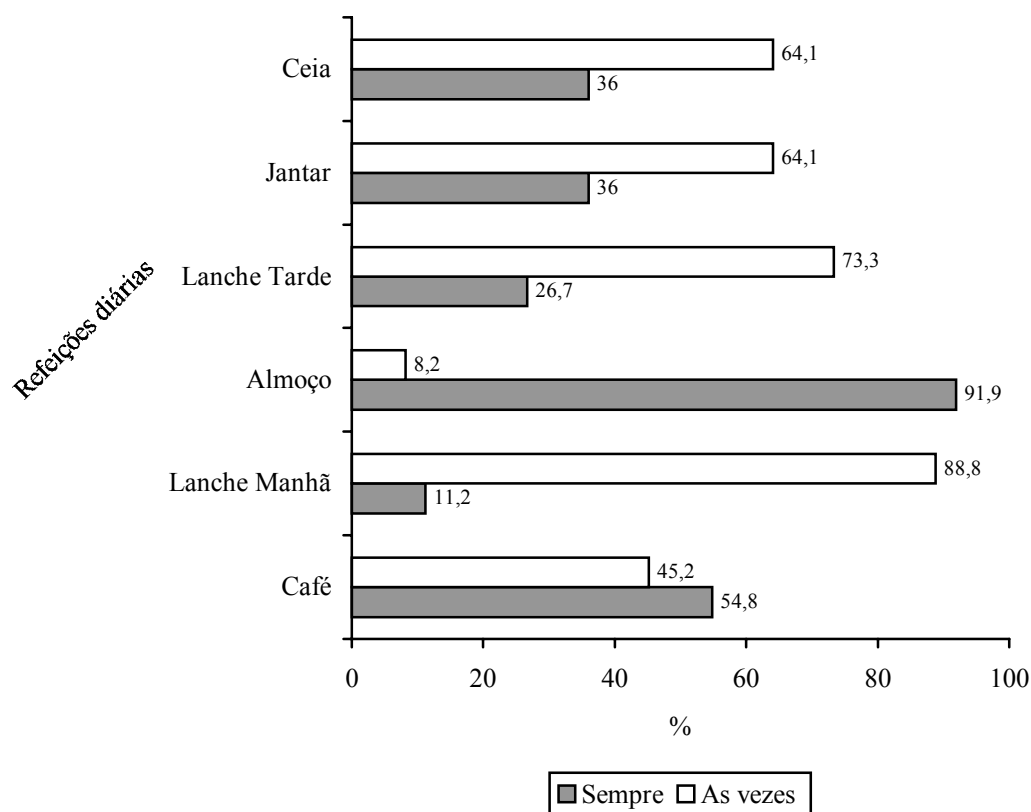


Figura 3

Frequência das refeições diárias

Frequência de consumo de certos grupos de Alimentos

Uma alimentação saudável deve incluir cereais, frutas e verduras regularmente, evitar doces em excesso, ter variedades, ao menos três refeições diárias, limitar a proporção de gorduras a 30% ou menos das calorias totais e o colesterol a menos de 300 mg diárias (Nahas,1999).

Tabela 7**Indicadores de alimentação POSITIVA, por sexo: percentagem (número de sujeitos).**

Suco de frutas			
Nunca	27,1 (39)	33,2 (70)	30,7 (109)
Algumas vezes	59,0 (85)	60,2 (127)	59,7 (212)
Diariamente	13,9 (20)	06,6 (14)	09,5 (34)
Come frutas			
Nunca	06,3 (09)	10,0 (21)	08,5 (30)
Algumas vezes	70,2 (101)	58,3 (123)	63,1 (224)
Diariamente	23,7 (34)	31,8 (67)	28,5 (101)
Salada de folhas verdes			
Nunca	09,0 (13)	14,2 (30)	12,1 (43)
Algumas vezes	53,5 (77)	50,2 (106)	51,5 (183)
Diariamente	57,2 (54)	35,5 (75)	36,3 (129)
Legumes			
Nunca	09,7 (14)	09,5 (20)	09,6 (34)
Algumas vezes	55,6 (80)	58,8 (124)	57,5 (204)
Diariamente	34,8 (50)	31,7 (67)	32,9 (117)
Batatas sem ser fritas			
Nunca	06,3 (09)	10,0 (21)	08,5 (30)
Algumas vezes	85,4 (123)	80,1 (169)	82,2 (292)
Diariamente	08,4 (12)	09,9 (21)	09,3 (33)
Feijão com arroz ($X^2 = 16,8$; $p < 0,05$)			
Nunca	03,5 (05)	11,8 (25)	08,5 (30)
Algumas vezes	43,7 (63)	47,8 (101)	46,2 (164)
Diariamente	52,7 (76)	40,3 (85)	45,4 (161)

Entre os indicadores de alimentação positiva, foi observado que diariamente 36,3% (n=129) consomem salada de folhas verdes, 32,9% (n=117) consomem legumes, 9,5% (n=34) consomem suco de frutas, 28,5% (n=101) comem frutas e 9,3% (n=33) ingerem batatas (não fritas). Não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Ao relatarem o consumo diário de feijão com arroz, 45,4% (n=161) disseram que sim e observou-se que os homens e mulheres diferem significativamente ($X^2 = 16,8$; $p < 0,05$) em relação ao consumo de feijão com arroz, embora os homens comam mais do que as mulheres.

Os hábitos alimentares da população pesquisada possuem características de composição da dieta semelhante à dieta tradicional brasileira, com consumo mais elevado do feijão com arroz (Castro, 2001).

Os refrigerantes, apontado no Estudo Multicêntrico sobre consumo alimentar (Ministério da Saúde, 1997), como um dos 20 itens que mais pesam no valor calórico da dieta, são consumidos diariamente por 21,6% (n=31) dos homens e 11,9% (n=15) das mulheres, apresentando diferença estatisticamente significativa ($X^2= 12,3$; $p<0,03$) entre os sexos.

Os alimentos ricos em gordura saturada, como os salgadinhos fritos, são consumidos “às vezes” por 68,7% (n=244); os empadões e pizzas por 73% (n=259) dos universitários. Os açúcares simples são consumidos “às vezes” por 73,3% (n=260) dos universitários. Após a estratificação por sexo observou-se diferença significativa ($X^2=11,5$; $p<0,04$) no consumo de docinho e tortas, os homens comem menos doces do que as mulheres. A maioria dos universitários 53,8% (n=191) relatou que às vezes consome carne bovina, não se observando diferença significativa entre homens e mulheres.

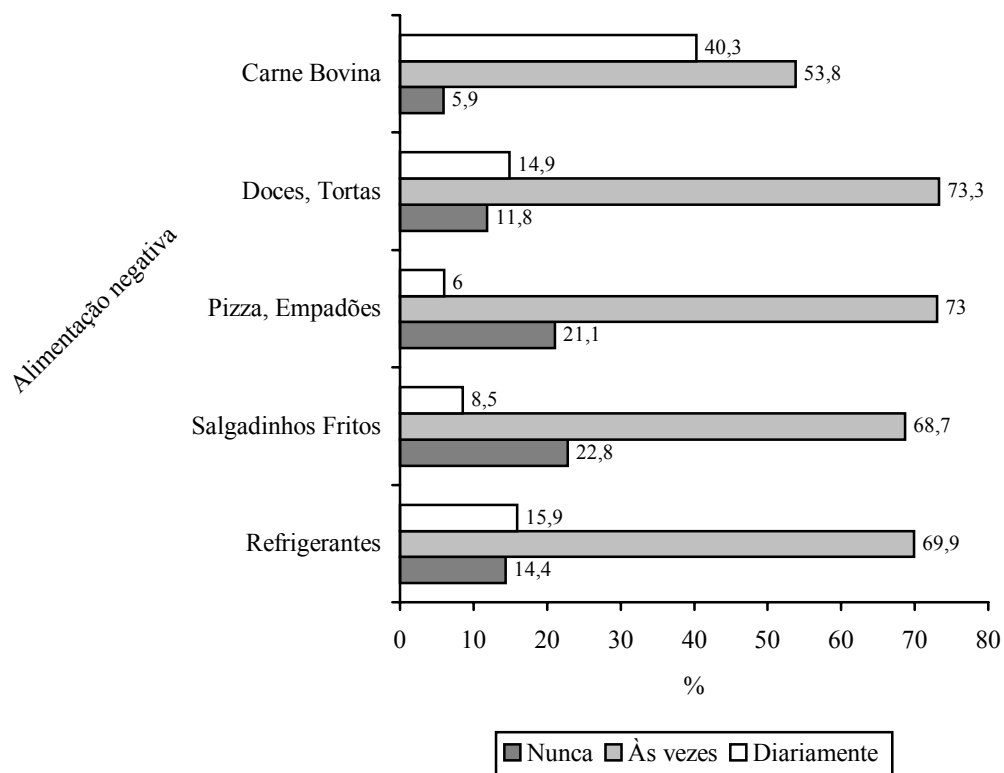


Figura 4

Indicadores de alimentação negativa (frequência de consumo)

Comportamentos Relacionados à Saúde

Fumo

Ao solicitar aos universitários que indicassem os comportamentos relacionados a saúde observou-se que 78,4% deles não fumam, valores semelhantes aos encontrados em universitários da região de São Paulo, onde 85% não eram fumantes (Santos,2002).

Os valores entre os fumantes diferenciam pouco entre os sexos: dentre as mulheres 24,1% fumam e entre os homens 18,1%. Estes valores não equivalem aos encontrados na população brasileira com os homens atingindo 42,4% e as mulheres 43,1%.

No entanto, média de cigarros fumados por dia, é mais alta entre os homens, com 8,58 enquanto que, as mulheres fumam em média 6,60 cigarros/dia) ($p < 0,05$).

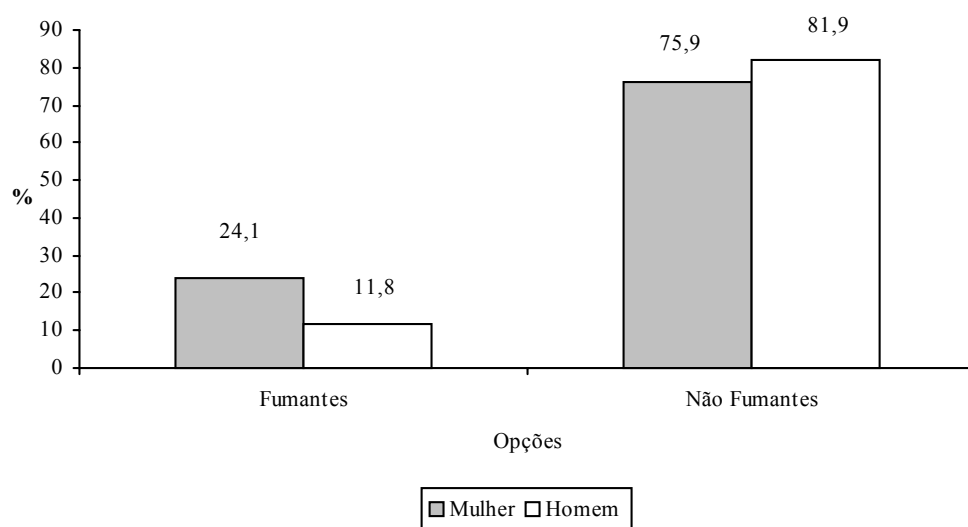


Figura 5

Proporção de sujeitos fumantes e não fumantes após estratificação por sexo.

A prevalência de fumantes é maior entre os 18 a 29 anos, de ambos os sexos (22,1%, $n = 58$); é maior nos estudantes das áreas de exatas- tecnológicas, letras e artes, (ambas com 23,7%). Ao utilizar o teste do qui-quadrado, ficou claro que não houve diferença estatisticamente significativa.

Fumar está, pois, relacionado a uma série de doenças e um auto-conceito de saúde negativa (Ross & Bird, 1994). No presente estudo, entre os que referem saúde

positiva, 19,6% são fumantes, enquanto entre os que referem saúde negativa, 27,9% são fumantes.

Estudos têm mostrado que a associação entre o fumo, sexo, sobrepeso/ obesidade e o uso de anticoncepcionais aumenta em 20 vezes a chance de desenvolvimento de doenças cardiovasculares em mulheres. Na população estudada, 23,7% das mulheres eram fumantes e faziam uso de anticoncepcional; 24,0% dos homens e 39,4% das mulheres apresentaram sobrepeso/obesidade e eram fumantes. Estes representam um grupo de alto risco, embora não apresentem diferença significativa.

Os dados da tabela 8 mostram com detalhes os dados acima mencionados.

Tabela 8

Proporção de universitários FUMANTES, estratificados por sexo: percentagem (número de sujeitos)

Idade (anos)			
18 a 29	19,0 (20)	24,1 (38)	22,1 (58)
30 a 44	13,3 (04)	19,5 (08)	16,9 (12)
acima de 44	12,5 (01)	22,2 (02)	16,7 (03)
Área de estudo			
Saúde	12,1 (04)	37,3 (19)	23,2 (23)
Exatas e tecnológicas	20,0 (05)	07,8 (04)	23,7 (09)
Humanas e econômico-jurídico	19,5 (16)	29,4 (15)	19,3 (31)
Letras e artes	25,0 (01)	23,6 (13)	23,7 (14)
IMC			
Baixo peso	-----	10,0 (02)	09,1(02)
Peso normal	21,3 (17)	26,4 (38)	24,4 (55)
Sobrepeso	14,9 (07)	21,2 (07)	17,5 (14)
Obesidade	99,1 (01)	18,2 (02)	13,6 (03)
Percepção de saúde atual			
Positiva	16,8 (20)	21,9 (33)	19,6 (53)
Negativa	24,0 (06)	29,5 (18)	27,9 (24)

Álcool

Outro ponto importante percebido durante as investigações foi o consumo de bebidas alcoólicas. Observou-se, apenas 4,8% ingerem 14 doses de bebidas alcoólicas semanais. No estudo realizado por Mora-Rios (2001), a respeito do consumo de álcool entre universitários no México, foi observado que a proporção de alcoolistas em potencial ultrapassava os 30%.

Os homens ingerem em média 3,69(DP= 6,91) doses/semanais de bebida alcoólica, e as mulheres menos de uma dose semanal (0,91 dose; DP=2,85), as diferenças foram estatisticamente significativas ($X^2= 12,853$; $p<0,01$). Para classificar o consumo de bebidas alcoólicas foram utilizados os critérios do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* e Organização Mundial de Saúde (2000).

Foram considerados alcoolistas em potencial aqueles que referiram ingerir mais de 14 doses semanais ou mais de 5 doses em uma mesma ocasião durante o último mês. Dentre os homens, aqueles classificados como alcoolistas em potencial, somam 9,7%, entre as mulheres, 1,4%; prevalência foi maior na idade de 18 a 29 anos (5,7%) e acima de 44 anos (5,6%); a maior proporção encontra-se na área de exatas e tecnológicas (7,9%); entre os fumantes 10,5% ingerem mais de 14 doses semanais de bebida alcoólica, e 26,9% são homens. Não houve diferença significativa entre a percepção de saúde e o consumo excessivo de álcool.

A inter-relação álcool e direção foi significativa ($p<0,05$), 82,2% dos estudantes universitários ingere álcool quando dirige, e 68,1% relatou que “nunca” ingere álcool quando dirige (tabela 9).

Tabela 9

Proporção de universitários que ingerem mais de 14 doses/semanal, por sexo: percentagem (número de sujeitos).

Idade (anos)			
18 a 29	11,4 (12)	01,9 (03)	05,7 (15)
30 a 44	03,3 (01)	---	01,4 (01)
acima de 44	12,5 (01)	---	05,6 (01)
Área de estudo			
Saúde	12,1 (04)	01,5 (01)	05,1 (05)
Exatas e tecnológicas	12,0 (03)	06,2 (13)	07,9 (03)
Humanas e econômico-jurídico	08,5 (07)	36,7 (77)	05,0 (08)
Letras e artes	-----	01,9 (01)	01,7 (01)
Estado de saúde atual			
Positiva	09,2 (11)	02,0 (03)	05,2 (14)
Negativa	12,0 (03)	-----	03,5 (03)
Fumo ($X^2 = 6,982$; $p < 0,01$)			
Sim	26,9 (07)	02,0 (01)	10,5 (08)
Não	05,9 (07)	01,3 (02)	03,2 (09)

Comportamentos Preventivos

Após a estratificação por sexo, houve diferença significativa entre os universitários que possuem vida sexual ativa em relação aos que não tem vida sexual ativa. Verificou-se que 71,7% dos sujeitos que tem vida sexual ativa, 60,7% mantêm relações

sexuais com parceiro fixo e 11,0% sem parceiro fixo, somente 38,4% usam preservativo “sempre” nas suas relações e 28,9% nunca usam.

Das mulheres que têm vida sexual ativa com parceiro fixo (62,7%), apenas 33,3% usam preservativo sempre, enquanto 57,6% dos homens que têm relacionamentos sexuais com parceiro fixo, destes somente 44,9% sempre usam preservativo. Dos homens pesquisados, 25,0% mantêm vida sexual ativa sem parceiro fixo e somente 19,6% relataram que nunca usam preservativo nas suas relações, a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

O uso de preservativo é, uma das principais maneiras de se evitar o contágio das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o vírus da AIDS. Dessa forma, dos universitários investigados, a maioria deles correm o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto à proporção de universitários que fazem exames médicos pelo menos uma vez por ano, as mulheres apresentaram uma maior prevalência sobre os homens ($p < 0,05$). Foram os seguintes resultados encontrados: 84,7% ($n=177$) das mulheres responderam que pelo menos uma vez por ano vão ao médico e fazem exames, enquanto 66,2% ($n=94$) dos homens faz o mesmo. Das mulheres pesquisadas 75,4% ($n=159$) fazem exames ginecológicos pelo menos uma vez ao ano e 46,0% fazem uso de anticoncepcional oral ou injetável. Isto talvez se deva ao fato de que as mulheres vão regularmente ao ginecologista.

A partir da década de 80 os cientistas começaram a alertar para os males provenientes da exposição indevida ao sol, desmistificando o senso popular de que pele bronzeada é indicador de saúde. O número crescente de problemas de pele decorrentes da excessiva exposição ao sol vem desencadeando inúmeras pesquisas sobre o tema. Diante

disso o uso de protetor solar é essencial para a saúde da pele. Os casos de câncer de pele aumentam a cada ano. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), cerca de 57 mil novos casos de câncer de pele serão diagnosticados no Brasil em 2002 (FAPERJ, 2000).

Quanto ao uso de protetor solar, ficou evidenciado associação significativa entre o uso de protetor solar entre os sexos, 19,3% dos universitários sempre usa protetor solar, e 54,5% às vezes, dentre os que relataram sempre usarem, 13,2% são homens e 23,6% são mulheres.

As estatísticas da polícia militar indicam que no Brasil ocorre uma morte no trânsito a cada 13 minutos e que na maioria dos casos muitos acidentes poderiam ser evitados, se a população tomasse alguns cuidados, entre eles esta o uso de segurança sempre. No caso de acidente grave, o cinto de segurança aumenta em 50% as chances de sobrevivência, evitando que as pessoas sejam atiradas contra o vidro e evitando que sofram grandes impactos. Entre a amostra pesquisada, 80,8% relataram sempre usarem o cinto de segurança. A prevalência maior foi entre os homens (84,7%) do que entre as mulheres (78,1%).

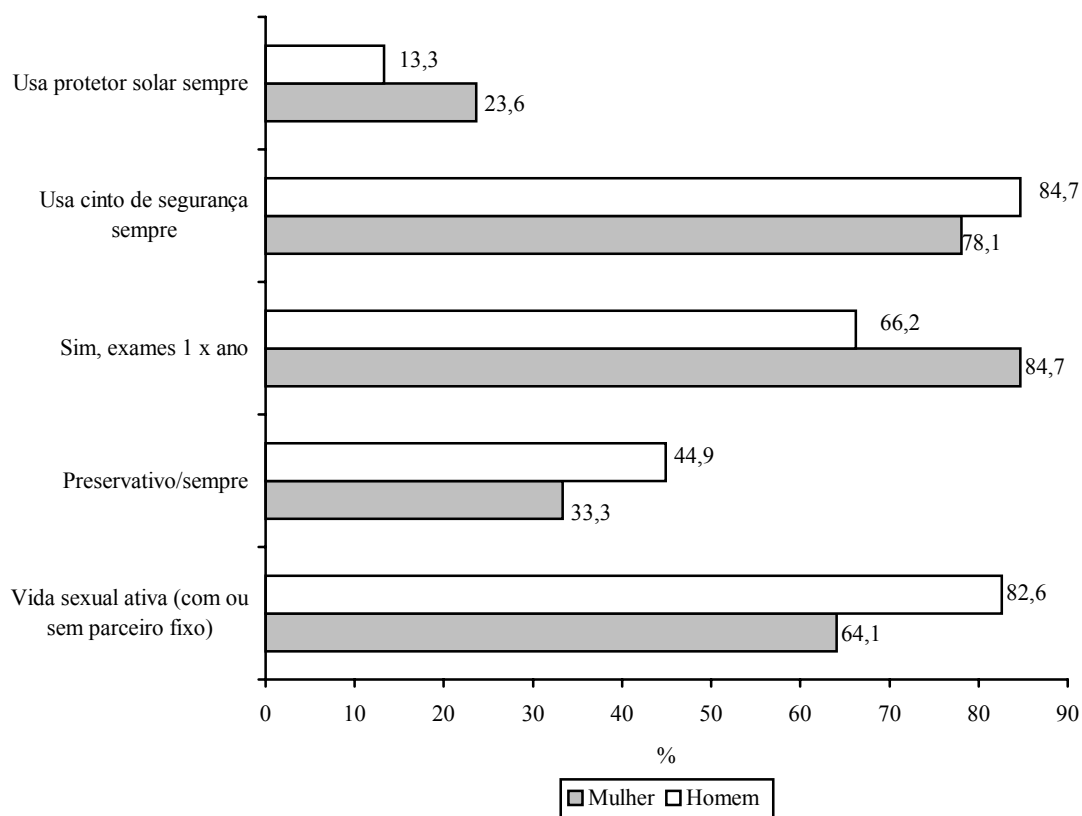


Figura 6
Comportamentos preventivos

Nível habitual de Atividades Físicas

No contexto biológico, a prática regular de atividade física tem sido associada a uma menor morbimortalidade e a uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde. A relação da atividade física com a saúde do ser humano está, atualmente, bem fundamentada, sendo considerada como um fator do estilo de vida que afeta mais positivamente a saúde. Sua relação com a redução do risco de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, câncer, entre outras, tem sido estabelecida (USDHHS,1996).

O critério usado para avaliação do nível de atividade física foi o IPAQ (2001), que classifica o nível de atividade física em MET. minuto/semana. Os sujeitos foram

classificados em três grupos, de acordo com a quantidade de atividade física em MET. minuto/semana. Foram considerados inativos os que realizam atividades com menos de 450 MET. minuto/semana, em moderadamente ativos, quem pratica atividade entre 450 e 899 MET. minuto/semana e ativos, os que praticam mais de 900 MET. minuto/semana .

Em um estudo epidemiológico, Droomers (2001), associou níveis de atividade física com níveis de escolaridade, sendo mais inativos os indivíduos com menor escolaridade. Dessa forma, esperava-se que os universitários fossem uma população mais ativa fisicamente. Em pesquisa recente, Araújo (2001), relatou que a maioria dos jovens universitários brasileiros era sedentária. No presente estudo, porém, 67,8% dos estudantes são “ativos” (mais de 900 MET. min/semana), enquanto apenas 18,9% são inativos. Os homens eram mais ativos fisicamente (73,6%) do que as mulheres (63,6%). Dentre as mulheres 21,1% foram consideradas “inativas” (menos de 450 MET. min./semana), dos homens apenas 16,0% são inativos.

Estes dados coincidem com a literatura pesquisada, que apresenta o sexo feminino como menos ativo fisicamente (Raitakari et al., 1996), sendo essa diferença também encontrada entre a população de universitários (Tobar et al., 2000).

Nos universitários da UNIPLAC, não foi observado diferença significativa quando se relacionou o nível de atividade física com as diversas faixas etárias. No entanto, a prevalência de ativos foi maior na faixa etária de 18 a 29 anos, e o nível de atividade física foi diminuindo com o aumento da idade entre os homens, e entre as mulheres o grupo mais velho (> 44 anos) é mais ativo do que o grupo de 30 a 44 anos, com diferença significativa entre as idades dentro de cada sexo.

Salmuski (2000), constatou em um estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais, que os alunos da área da saúde praticam mais atividade física em

comparação com outras áreas de estudo. Nos universitários pesquisados, constatou-se diferença significativa ($X^2 = 13,939$; $p=0,03$) quanto ao nível de atividade física entre as áreas de formação. No presente estudo, os mais ativos fisicamente estavam na área de exatas (76,3%) e os mais inativos em letras (22,8%). Entretanto após estratificação por sexo, os homens mais ativos estavam nas áreas de saúde (90,9%) e exatas (88,0%), os inativos estavam nas áreas de letras (25,0%) e humanas (23,2%). Entre as mulheres a maior prevalência de atividade física foi nas áreas de humanas (72,7%) e saúde (59,1%) e de inatividade foi nas áreas de exatas (30,8%) e saúde (28,8%).

Verificou-se que a caminhada (66,3%) e o alongamento (34,8%), foram as atividades de maior prevalência tanto para mulheres quanto para os homens. Quanto estratificado por sexo, o futebol apareceu como a terceira atividade física de preferência entre os homens (12,6%), já entre as mulheres a dança (18,4%) foi a terceira opção.

Entre os universitários considerados ativos fisicamente, a proporção maior está entre os solteiros (69,5%) de ambos os sexos.

A atividade física é um importante fator na prevenção da obesidade e doença cardiovascular prematura (Raitakari,1997). É de consenso que maiores níveis de atividade física estão inversamente associado com a obesidade, isto vem ao encontro com o estudo realizado por Lenders et al. (2000) e Jonhson et al. (1998), que relacionam níveis maiores de atividade física com uma dieta mais saudável e baixo índices de sobrepeso e obesidade.

Neste estudo, dentre os “obesos” 85,7% são “ativos”, um dado surpreendente, entre os com “sobrepeso”, 14,3% são ativos”. Dos 67,5%, que foram classificados com “peso normal”, 66,2% são considerados ativos fisicamente. Após estratificação por sexo entre os homens que estavam com excesso de peso (42,1% aparecem como ativos fisicamente e 56,9% com peso normal. Entre as mulheres fisicamente ativas (67,7%)

possuíam peso normal e 21,8% estavam com excesso de peso. Não houve diferença significativa no nível de atividade física e os níveis de IMC

A percepção de saúde negativa era mais prevalente entre os inativos, tendendo a ser menor naqueles com mais altos níveis de atividade física. (tabela 10).

Tabela 10

Proporção de universitários quanto ao nível de atividade física - porcentagem (número de sujeitos).

	Inativos	Moderadamente ativo	Ativo
Sexo			
Masculino	16,0 (23)	10,4 (15)	73,6 (106)
Feminino	21,1 (44)	15,3 (32)	63,6 (133)
Idade (anos)			
18 a 29	16,1 (42)	13,4 (35)	70,5 (184)
30 a 44	26,8 (19)	14,1 (10)	59,2 (42)
acima de 44 Idade	23,5 (04)	11,8 (02)	64,7 (237)
Estado Civil			
Solteiro	15,7 (35)	14,8 (33)	69,5 (155)
Casado/parceiro fixo	24,6 (28)	12,3 (14)	63,2 (72)
Outro	23,5 (04)	-----	76,5 (13)
Área de estudo			
Saúde	20,2 (20)	10,1 (10)	69,7 (69)
Exatas e tecnológicas	15,8 (06)	07,9 (03)	76,3 (29)
Humanas e econômico-jurídico	17,5 (28)	14,4 (23)	68,1 (109)
Letras e artes	22,8 (13)	19,3 (11)	57,9 (33)
IMC			
Baixo peso	14,3 (03)	14,3 (03)	71,4 (15)
Peso normal	19,6 (44)	14,2 (32)	66,2 (149)
Sobrepeso	18,8 (15)	13,8 (11)	67,5 (54)
Obesidade	14,3 (03)	-----	85,7 (18)
Estado de saúde atual			
Positiva	16,0 (43)	11,9 (32)	72,1 (194)
Negativa	28,2 (24)	17,6 (15)	54,1 (46)
Nível de Stress ($X^2=15,165$; $p=0,019$)			
Raramente estressado	16,2 (12)	06,8 (05)	77,0 (57)
Às vezes estressado	15,0 (29)	14,0 (27)	71,0 (137)
Quase sempre estressado	30,1 (22)	16,4 (12)	53,4 (39)
Excessivamente estressado	28,6 (04)	21,4 (03)	50,0 (07)
Fumo			
Não fumantes	17,7	14,4	67,9
Fumantes	23,4	09,1	67,5

Ao investigar a associação entre atividade física e o estado de humor, estresse e depressão entre universitários, Tobar et al. (2000), concluiu que maiores níveis de atividade física estão relacionados com menores índices de estresse e ansiedade. Na presente investigação a percepção do nível de estresse foi significativamente associada ao nível de atividade física ($X^2 = 15,165$; $p=0,019$), observou-se entre os universitários que referiram maior nível de estresse (58,7%), um nível de atividade menor do que 450 MET. min./sem. - inativos.

Johnson et al. (1998) não encontrou associação significativa entre atividade física e uso de cigarro, em estudo realizado com universitários. Entre os universitários pesquisados não foi encontrada essa diferença entre fumantes e não fumantes. Observou-se que entre os ativos 67,5% fumavam e 67,9% não fumavam. Após estratificação por sexo, dos homens considerados como ativos, 73,7% não fumam e 73,1% são fumantes, enquanto que as mulheres fisicamente ativas, 63,3% delas eram fumantes e 64,7% não fumam.

A percepção do nível de estresse foi significativamente associada ao nível de atividade física, ($X^2 = 15,165$; $p=0,019$), observou-se entre os universitários que referiram maior nível de estresse (58,7%) um nível de atividade menor do que 450 met. minutos/semana - inativos.

Em relação ao fumo não houve diferença significativa entre fumantes e não fumantes e os níveis de atividade física. Observou-se que entre os ativos 67,5% fumam e 67,9% não fumam. Após estratificação por sexo, dos homens considerados como ativos 73,7% não fumam e 73,1% são fumantes, enquanto que as mulheres fisicamente ativas 63,3% delas são fumantes e 64,7% não fumam.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Pretendeu-se com este trabalho analisar o estilo de vida e comportamentos de risco da população universitária do planalto catarinense.

Após a análise dos dados, pode-se concluir que a faixa de idade predominante dos universitários foi entre 18 a 26 anos e, em sua maioria, residem com os pais (48,4%), não trabalham (47,5%) e são descendentes de italianos (52,4%). A maioria possui carro ou moto, tem computador, acesso a internet e TV a cabo. Carro, moto ou ônibus são os meios de transporte mais usados para deslocar-se à universidade, sendo que apenas 24,5% se deslocam de bicicleta ou caminhando.

A maioria dos universitários possui índice de massa corporal considerado normal (64,9%). No entanto, 54,4% não estão satisfeitos com seu peso corporal e gostariam de diminuir. A prevalência de insatisfação com o peso corporal é maior entre as mulheres (64,9%), bem como os maiores índices de sobrepeso e obesidade estão também entre as mulheres. Com o avanço da idade, os homens tendem a ter IMC mais elevado – particularmente entre estudantes casados. Entre as áreas de formação, a prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior na área 3 (econômico-jurídica e ciências humanas - 33,1%) e na área 4 (letras e artes - 36,8%).

Os homens são mais “estressados”, dormem menos horas por noite do que as mulheres e, para ambos os sexos, o dinheiro foi o principal gerador de estresse. O uso de preservativo na opção “sempre”, apresentou proporções muito baixas (28,9% dos que tem vida sexual ativa).

A grande maioria dos universitários não fuma (78,4%) e 95,2% não ingerem álcool ou bebem com moderação (<14 doses/semana). Entre os fumantes, a prevalência maior foi entre as mulheres, entretanto, os homens fumam mais cigarros ao dia. No que se refere ao álcool, o consumo é baixo, mas fica maior entre os homens, entre a população mais jovem e na área de exatas - tecnológicas.

Em geral os universitários indicaram percepção de saúde positiva (76,1%); mas, entre as mulheres esta proporção foi menor (71,2%) do que entre os homens (82,6%).

Não houve diferença significativa na percepção de saúde atual quando consideradas as variáveis IMC, faixa etária, fumo e estado civil. Entre as áreas de formação observou-se que na área 4 (letras e artes) apenas 55,9% tem percepção melhor de saúde ($p<0,05$). Entre as demais áreas não houve diferença significativa.

Quanto à alimentação, há maior consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcar do que de frutas e verduras, diariamente, entre os universitários de ambos os sexos. As mulheres ingerem mais doces do que os homens, mas esses ingerem mais refrigerantes.

Em relação à atividade física, os universitários são uma população com altos índices de inatividade, um pouco mais da metade é fisicamente ativa, a grande maioria do restante é inativo. Após estratificação por sexo, os homens aparecem com maiores proporções de atividade física do que as mulheres. Entre os mais jovens, o nível de atividade física é maior, mas não aparecem diferenças significativas entre as idades. O

nível de atividade física foi diminuindo com o avanço da idade na população masculina, e o contrário aconteceu com a população feminina.

As atividades de maior preferência foram respectivamente à caminhada e o alongamento para ambos os sexos.

Curiosamente, ao contrário das evidências apresentadas na literatura especializada, encontrou-se um alto índice de obesidade entre os ativos fisicamente. Essa dissociação pode ser resultante entre outros fatores, pelo tipo de alimentação desta população.

Quanto à inter-relação entre atividade física e níveis de estresse, os inativos relataram altos níveis de estresse, e percepção de saúde negativa, não havendo associação significativa entre o fumo e a atividade física.

Espera-se, portanto, que as análises aqui expostas possam contribuir na reflexão sobre os comportamentos de risco e possíveis mudanças no estilo de vida de cada um, como também implantar um programa de saúde dirigido especificamente a população universitária e a realização de levantamentos periódicos, para que assim possa monitorar as mudanças no estilo de vida desses estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adame, D., Johnson, T. C., Cole, S. P. & Matthiasson, H. (1990). Physical fitness in relation to amount of physical exercise, body image and locus of control among college men and women. *Perceptual and Motor Skills* 70,1347-1350.
- Allgower, A. Wardle, J., & Steptoe, A. Depressive symptoms, social support and personal health behaviors in young men and women. *Psychology and Health*, 11, 49-73.
- American College of Sports Medicine. (1996). *Manual para teste de esforço e prescrição de exercício*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Araújo, D. S. M. (2001). *Autopercepção da aptidão física relacionada à saúde*. Tese de Doutorado: Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, RJ.
- Azevedo, A. et al. (1999). Tobacco smoking among portuguese high-school students. *Bulletin of World Health organization*. 77(6):509-517.
- Barros, M. V. G. (1999). Atividade física e outros comportamentos relacionados à saúde em industriários de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação em Educação Física: Dissertação de mestrado.
- Beilin, L. J.; Puddey, I.B. & Burke, V. (1999). Lifestyle and hypertension. *American Journal of Hypertension*. 12:934-945.
- Bouchard, C. (1997). Obesity in adulthood – The importance of Childhood and parental Obesity (editorials). *The New england Journal of Medicine*. 337 (13):926-927.
- Castro, J. F. G. (2001). *Padrões de Consumo Alimentar e índice de massa corporal nas regiões do Brasil*. UERJ. (Dissertação de Mestrado)
- CDC. (1999). *Mortality patterns – United States, 1997*. Atlanta: Center for diseases Control and Prevention, 48(30): 664-668.
- CDC. (2000) Youth risk behaviour surveillance – United States, 1999. *Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention*, 49(5):1-98.
- CDC. (2001). Physical Activity, and good nutrition. (On-line). Disponível: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/dnpaaag.htm>
- CDC. (2001). Fact Sheet: youth risk behavior trends. (On-line). Disponível: <http://www.cdc.gov/needphp/dash/yrbs/trend.htm>.
- Chór D. (1999). Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Caderno de Saúde Pública* 15(2):423-425.

- CNPQ – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. (1998). *Jovens Acontecendo nas Trilha das Políticas Públicas*. Brasília, 1998.
- Conte, M. (2000). Atividade Física, um paradoxo para a saúde: estudo a partir de universitários recém-ingressos ao curso de Medicina. Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Educação Física. (Dissertação de Mestrado)
- Droomers M.; Schrijvers CTM.; Mackenbach JP.(2001). Educational level and decrease in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal globe study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55 (8): 562-568.
- Duarte, M. F.S e Nahas, M.V.(1995). *Análise da composição corporal em servidores da Universidade Federal de Santa Catarina segundo idade, sexo, escolaridade e nível sócio-econômico*. Florianópolis: Centro de Desportos da UFSC.
- Duarte, M .F.S. e Nahas, M.V.(1997). Perfil antropométrico e de aptidão física de universitários catarinenses. *Anais 1ª. Congresso Brasileiro de atividade física e saúde*.p.94. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: SC.
- Economos, C.D., Gazdag, A.C. & Goldberg,J.P. (2000). Differences in health perceptions and behaviors among exercise and non-exercise college students. *Journal of American College of Sports Medicine* 32(5): 30-38.
- Epstein, L. H. et al. (2000). Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*. 154(3): 220-226.
- Frankish, J., Milligan, D. & Red, C. (1998). A review of relationships between active living and determinants of health. *Social Science Medicine*. 47 (3): 287-301.
- Françalacci,V.L., & Nahas, M.V. (1995). Alterações no conhecimento, atitudes e hábitos de atividade física em universitários que cursaram educação física curricular na UFSC. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*.16(3):168-172.
- Freitas Jr.I.F. (1994). *Aptidão física e atitude em relação à prática de atividade motora em universitários*. Dissertação de mestrado: Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Fruet, M S. (1995). *Adolescência sexualidade e AIDS*. Tese de doutorado: Universidade de Campinas UNICAMP. Campinas. S.P.
- Galobardes, B.; Morabia, A . & Bernstein, M. (2000). The differential effect of education and occupation on body mass and overweight in a sample of working people of the general population. *Ann Epidemiol*. 10:532-537
- Gil, Antônio Carlos (1999). Aids: percepção de risco pessoal e conduta sexual preventiva de estudantes universitários da grande São Paulo. Tese de doutorado Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública.

- Gil, T. M. & Feintein, A.R. (1994). *A critical appraisal of the quality of life measurements*. JAMA, 272 (8) p.24-31.
- Glanner, M. F.; Pires Neto, C.S.; Zinn, J.L. (1998). Diagnóstico de aptidão física relacionada à saúde de universitários. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 3:(4):35-40.
- Healthy People 2010. *Leading Health Indicators*. www.healthypeople.gov/healthypeople/html. 22/01/2002.
- Holmen. T.I. et al. (2000). Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers. Norway, 1995-1997. *American Journal of Epidemiology*. 151(2):148-155.
- IBGE. (2000). *Pesquisa sobre o padrão de vida*. (On line). Disponível: <http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.html>.
- IPAQ. The International Physical Activity Questionnaire: Summary Report of Reliability & Validity Studies – IPAQ Executive Committee, 2001.
- Jackson, J.; Sampaio, C. (1994). Saúde Mental. In: Rouquayrol, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. (4ed). Rio de Janeiro: MEDSI
- Jayasinghe, S. (2000). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *Journal of American Medical Association*. 238(6): 745-746.
- Johnson, M. F. et al. (1998). Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men preventive medicine. *Preventive Medicine*. 27:536-544
- Leenders, N. Y. & Sherman, W.M.(2000). Motivational factors for enrollment and health behaviors of college students in a physical activity course. *Official Journal of the American College of Sports Medicine* 33(6):15-18
- Leon, A. S.; Norstrom, J. (1995). Evidence of the role of physical activity and cardiorespiratory fitness in the prevention of coronary heart disease. *Quest*. 47: 311-319
- Leino, M. Raitakari, O.T.; Porkka KVK.; Helenius HYM.; Viikari JSA.(2000). Cardiovascular risk factors of young adults in relation to parental socioeconomic status: the cardiovascular risk in young finns study. *Annals of Medicine*. 32 (2) 142-151.
- Lipp, M. N. & Rocha, J.C. (1994). *Estresse, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas, SP: Papirus Editora.

- Link, B.G.; Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*. 80:94.
- Meira, D. A.(1987). Síndrome da Imunodeficiência adquirida. In. *Terapêutica de Doença Infecciosas e Parasitárias*. Rio de Janeiro. EPUME p.75-79.
- Miranda, R. (1987). Adolescência final e religião: um estudo de algumas características da experiência e do comportamento religioso de estudantes universitários de São Paulo. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. USP.
- Ministério da Saúde (2000). Divisão Nacional de Doenças crônico-degenerativas. Projeto Saúde: Estudo sobre o estilo de vida. São Paulo: Levantamentos, pesquisas e marketing.
- Mora-Rios, J. & Natera.G. (2001). Alcohol use expectancy., intake, and related problems among college students in Mexico City? *Salud Publica de México*. 43 (2): 89-96
- Muda o mapa de nossas doenças (1997, março). Revista Globo Ciência,pp.36-39.
- Nahas, M.V. & Assis, M.A.A. (2001). Nível de informação e comportamentos relacionados à saúde dos alunos dos cursos de educação física e nutrição da UFSC: um estudo longitudinal. (Projeto de Pesquisa).
- Nahas, M.V.; Barros, M.V.G. & Francalacci, V. (2000). O pentágulo do bem-estar- base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*.5(2):48-59.
- Nahas, M. V. (1999). *Obesidade, Controle de Peso e Atividade Física*. Londrina: Editora Midiograf..
- Nahas, M. V. (2001) *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- National Institute on Drug Abuse (1997). *National Institutes of Health. Tendencias Nacionales*. (On line). Disponível: www.drugabuse.gov.
- Nieman, D. C. (1998). *The exercise health connection*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Novaes, E. (1997). Qualidade de vida – atividade física, saúde e doença. Memórias do Congresso Mundial de Educação Física 4:341-351;
- Pate, R. R. et al. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*. 86: 1577-1581.

- Pate, R.; Pratt M.; Blair S.; et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 7: 273-402.
- Pesquisa Datafolha. (1997). Folha de São Paulo, 27 de novembro, Mexa-se, p.12
- Phillips W.; Leslie A.; & Alby, K. (1996). Lifestyle Activity. *Sports Medicine*, 22 (1), p.1-7.
- Phillips W.; Pruitt L. & King A. (1996). Lifestyle activity: Current recommendations. *Sports Medicine*. 22(1):1-7.
- Pollock M.; Mathews S.; Feigenbaum & Willian F. B. (1995). Exercise prescription for physical fitness. *Quest*. 47:320-337.
- Raitakari et al. (1996). Patterns of intense physical activity among 15 –30 years old finns . *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 6: (1) 36-39.
- Raitakari, O. T. et al. (1997). Association between physical activity and risk factores for coronary heart disease: the cardiovascular risk in young finns study. *Medicine & Science & Sports and Exercise*. 29(8): 1055-1061.
- Raitakari, O. T. Taimela S.; Porkka K.V.K, Telama R.; Valimari I.; Akerblom H.K. & Viikari JSA.(1997). Association between physical activity and risk factors for coronary heart disease: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 29(8) 1055-1061.
- Ricardo, D. R.(2001). *Índice de massa corporal: um questionamento científico baseado em evidências*. Dissertação de mestrado: Universidade Gama Filho Rio de Janeiro:RJ.
- Salmuski, D. M.; & Noce, F. (2000) A Importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 5(1):5-21.
- Santos, K. M.; Barros, A.A. (2002). *Revista de Saúde Pública*. 36(2).
- Selter, D. G. (1993). Educating athlhets on HIV disease and AIDS. *The Physician in Sport Medicine*. 21:(1) 109-115.
- Setién, M. L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medición aplicado al País Vasco*: Milofe, S.L., 449 p.
- Shepard, R. J.; Bouchrad. C. (1994). Principal components of fitness: realtionship to physical activity and lifestyle. *Canada Journal of Applied and Physiologic*. 19 (2): 200-241.

- Shephard, R. (1999). Social determinates of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*. 58: 807-812.
- Slava,S., Laurie,D.R.,Corbin,C.B. (1984). Long-Term effects of a conceptual physical education program. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 55(2):161-168
- Step toe, A .& Wardle, J.(2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from eastern Europe and western Europe. *Social Science & Medicine* 53: 1621-1630.
- Stenbacka, M. & Leifman, A. (2001). Can individual competence factors prevent adult substance and alcohol abuse in low-and high-income areas? *Elsevier Science* 25: 107-114.
- Thomas, J.R. & Nelson, J.K. (1996). *Research methods in physical activity*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Tobar, D. A . & Morgan, W. P. (2000) Depression, overall, mood, and physical activity patterns in a sample of college students. *Journal of American College of Sports Medicine* 32(5):7-25.
- USDHHS (2000). *Measuring Healthy Days*. Atlanta,G.A:Center for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nccdphp/brfss/htm. 10/12/2001.
- USDHHS (1996). *Physical Activity and Health: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, national Center for Chronic Disease prevention and Health Promotion, The Presidents Council on Physical Fitness and Sports.
- Veggi, A.B. (2001). *Índice de massa corporal, percepção corporal e morbidade psiquiátrica menor entre funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ.
- Webb, E.; Ashton,CH.; Kelly,P. & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in universities. *Lancet*. 348:922-25

ANEXOS

ANEXO I**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA****NÚCLEO DE PESQUISA EM ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE - NUPAF****PROJETO ESTILO DE VIDA & SAÚDE - UNIPLAC 2001**

Universidade Federal de Santa Catarina
Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde - NuPAF
Projeto Estilo de Vida & Saúde - UNIPLAC 2001

Informações Preliminares:

Este questionário é parte de uma investigação transversal com alunos dos cursos da UNIPLAC. O objetivo é estudar as mudanças de comportamentos relacionados à saúde que ocorrem durante o período de graduação nesta Universidade.

Responda a todas as questões da maneira mais precisa possível, com a garantia de anonimato absoluto, uma vez que os dados somente serão utilizados em grupo e para fins de pesquisa.

Esta aplicação deverá levar em torno de 30 minutos e, se você tiver qualquer dúvida, não hesite em perguntar ao responsável pela aplicação do questionário.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Coordenadores do Projeto:

Markus V. Nahas – Departamento de Educação Física / CDS

Cristina Branco Simão - Departamento de Educação Física/ UNIPLAC

Dados sobre o seu Curso:

- Curso: ¹[☐] Administração ²[☐] Ciências Biológicas
- ³[☐] Ciências Contábeis ⁴[☐] Ciências Econômicas
- ⁵[☐] Ciências Sociais ⁶[☐] Direito
- ⁷[☐] Educação Física ⁸[☐] Enfermagem
- ⁹[☐] Informática ¹⁰[☐] Letras
- ¹¹[☐] Matemática ¹²[☐] Odontologia
- ¹³[☐] Pedagogia ¹⁴[☐] Psicologia
- ¹⁵[☐] Tecnologia da Madeira

- Semestre (fase) atual: [☐] N° de Matrícula: ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

Primeira Parte

DADOS DEMOGRÁFICOS E INFORMAÇÕES PESSOAIS

Por favor, forneça as informações abaixo:

1. Idade: ¹[☐] anos 2. Sexo: ²[☐] masculino ³[☐] feminino
3. Estado Civil: ¹[☐] solteiro(a)
- ²[☐] casado(a)

³[] vivendo com parceiro(a) fixo(a)

⁴[] separado(a) / divorciado(a)

⁵[] outro _____

4. Local de nascimento (cidade/estado/país): _____

5. Origem étnica (descendência): Pode marcar mais de uma, se for o caso.

¹[] Portuguesa ²[] Italiana ³[] Alemã ⁴[] Africana ⁵[] _____

6. Onde você mora atualmente: ¹[] com os pais

²[] apto ou casa própria

³[] apto ou casa alugada

⁴[] outra _____

7. Meio de transporte principal para a Universidade:

¹[] ônibus

²[] carro ou moto

³[] bicicleta

⁴[] caminhando ⁵[] outro _____

8. Tempo que leva para deslocar-se de casa até a Universidade: ____ h ____ min

9. Número de **semestres** em que frequentou Educação Física no ensino médio

(1^a à 3^a séries do II Grau):

⁰[] nenhum

¹[] um

²[] dois

³[] três

⁴[] quatro

⁵[] cinco

⁶[] seis ou +

10. Você cursou ou está cursando Educação Física Curricular (EFC) na UNIPLAC?

¹[] Não ²[] Curso atualmente ³[] Cursei no passado. N.º semestres: ____

11. Caso você trabalhe, indique o tipo de trabalho que realiza:

¹[] assalariado. Qual? _____ h/semana _____

²[] estágio remunerado ou não; h/semana _____

³[] atualmente não trabalho nem estou fazendo estágio profissional

12. Indique os itens que você dispõe em casa:

¹[] TV a cabo ²[] computador ³[] acesso a Internet

⁴[] carro ou moto ⁵[] assinatura de jornal ⁶[] empregada/faxineira

13. Você tem algum Plano de Saúde?

¹[] Não ²[] Sim. Qual: _____

14. Você faz refeições no Restaurante Universitário?

¹[] Não ²[] SIM → *Nº de vezes* por semana: almoço []

→ *Nº de vezes* por semana: jantar []

→ *As questões 15 a 18 referem-se a percepção do nível de saúde e sobre os níveis de STRESS em sua vida.*

15. Como você classificaria seu estado de saúde atual:

¹[] Excelente ou Muito Bom ²[] Bom

³[] Regular ⁴[] Ruim

16. Como você descreve o nível de stress em sua vida:

¹[] raramente estressado, vivendo muito bem

²[] às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem

³[] quase sempre estressado, enfrentando problemas com frequência

⁴[] excessivamente estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária

17. Como você consegue administrar o nível de stress em sua vida:

¹[] muito bem ²[] bem

³[] precariamente ⁴[] com muita dificuldade

18. A **principal** origem do stress em sua vida é relacionada a:

¹[] dinheiro ²[] saúde ³[] vida social / relacionamentos

⁴[] estudos ⁵[] transporte ⁶[] outro: _____

⁷[] Não sei/não existe

19. Quantas horas (em média) você dorme por noite? _____ horas

20. Com que frequência você considera que DORME BEM?

¹[] sempre ²[] quase sempre ³[] Às vezes ⁴[] nunca

Segunda Parte

CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES E CONTROLE DO PESO CORPORAL



[Informe seu PESO ATUAL _____ kg e a sua ALTURA _____ cm]

1. Você está satisfeito com seu peso corporal?

¹[] Sim

²[] Não, gostaria de DIMINUIR

³[] Não, gostaria de AUMENTAR (➔ VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 3)

2. Durante os últimos 30 dias, quais das alternativas listadas você usou para manter ou para tentar *perder peso*? (pode marcar mais de uma)

¹[] Dieta

²[] Exercício

³[] Medicamentos para emagrecimento. Quais? _____

⁴[] Vômito após as refeições

⁵[] Suplementos para emagrecimento. Quais? _____

⁶[] Outro(s): _____

Se você respondeu a questão 2, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 4.

3. Durante os últimos 30 dias, quais das alternativas listadas você usou para **aumentar** o peso corporal ou ganhar massa muscular? (pode marcar mais de uma)

¹[] Dieta

²[] Exercício

³[] Medicamentos. Quais? _____

⁴[] Suplementos nutricionais. Quais? _____

⁵[] Outro(s): _____

4. Com que frequência você realiza as seguintes refeições e lanches:

a. café da manhã ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

b. lanche da manhã ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

c. almoço ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

d. lanche da tarde ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

e. jantar ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

f. lanche ou ceia após o jantar ¹[] Sempre ²[] Às vezes ³[] Nunca

5. As questões seguintes referem-se a frequência de consumo de alimentos que você faz *em uma semana típica (habitual)*. Pense em todas as refeições e lanches que você habitualmente realiza. Inclua o que você comeu em casa, na Universidade, em Restaurantes ou em qualquer outro lugar.

Nenhuma vez _____
 1 a 3 vezes por semana _____
 4 a 6 vezes por semana _____
 todos os dias/1 vez por dia _____
 todos os dias/2 vezes por dia _____
 todos os dias/3 ou mais vezes por dia _____

▪ Quantas vezes você toma suco de frutas Natural? (não inclua refresco ou bebidas artificiais)	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come frutas (não incluindo Suco de frutas)?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come salada de Folhas Verdes (alface, rúcula, agrião, espinafre e outras)?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor e outros)?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come batatas, sem incluir batatas fritas ou chips?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você toma refrigerantes?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come salgadinhos fritos (batata frita, chips, coxinhas, empadinhas, pastéis e outros)?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come pizza, empadões e outras preparações com queijo/molho Branco?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come docinhos, tortas, Chocolate, biscoitos, bolachas ou balas?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come feijão com arroz?	5	4	3	2	1	0
▪ Quantas vezes você come carne bovina?	5	4	3	2	1	0

Terceira Parte

OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE E PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

ORIENTAÇÕES: As questões abaixo são sobre o tempo de prática de atividades físicas em uma semana típica (usual). Por favor, responda às questões mesmo se você não se considera uma pessoa fisicamente ativa. Atividades físicas incluem as atividades realizadas no trabalho, para ir de um lugar para outro (transporte), por recreação, exercício, esporte, ou como parte das suas tarefas domésticas (dentro de casa, no jardim ou no quintal). Ao responder as questões seguintes, pense sobre atividades que você realiza por, ao menos, 10 minutos a cada vez.

- 1a Durante uma semana típica, em quantos dias você faz atividades físicas vigorosas (por exemplo: correr, pedalar rapidamente ou em subidas, jogar futebol ou basquete, trabalho pesado, musculação, ou qualquer outro tipo de atividade que acelere muito a sua respiração e faça o seu coração bater muito rápido)
 _____ dias por semana → Se responder zero (0), *VÁ PARA QUESTÃO 2a*
- 1b Quanto tempo no total você usualmente gasta em um dos dias em que realiza atividades físicas vigorosas?
 _____ horas _____ minutos por DIA
- 2a Durante uma semana típica, em quantos dias você faz atividades físicas de intensidade moderada (por exemplo: carregar pesos leves, pedalar em um ritmo regular, jogar tênis em duplas, jardinagem, ou qualquer outra atividade que acelere um pouco a sua respiração e batimentos do coração). NÃO INCLUA A CAMINHADA.
 _____ dias por semana → Se responder zero (0), *VÁ PARA QUESTÃO 3a*
- 2b Quanto tempo no total você usualmente gasta em um dos dias em que realiza atividades físicas moderadas?

____ horas ____ minutos por DIA

- 3a Durante uma semana típica, em quantos dias você faz caminhadas, por ao menos 10 minutos em cada vez? Você deve incluir caminhadas para ir e vir do trabalho, caminhar para se deslocar de um lugar para outro, e qualquer outra caminhada que você possa fazer por recreação, esportes ou lazer.
- _____ dias por semana → Se responder zero (0), *VÁ PARA QUESTÃO 4a*

- 3b Quanto tempo no total você usualmente gasta caminhando em um dos dias em que realiza esse tipo de atividade?
- _____ horas _____ minutos por DIA

- 3c Em que intensidade (ritmo) você normalmente caminha?

¹[☐] Ritmo Vigoroso, sua respiração acelera muito em relação ao normal

²[☐] Ritmo Moderado, sua respiração aumenta um pouco mais que o normal

³[☐] Ritmo Lento, você não percebe mudança em sua respiração

As questões **4a** e **4b** são sobre o tempo que você gasta *sentado* em cada dia, enquanto você está no trabalho, em casa e durante o seu período de lazer. Isso inclui o tempo sentado a mesa, visitando amigos, lendo ou assistindo televisão.

- 4a Durante um DIA TÍPICO DA SEMANA, quanto tempo *no total* você gasta sentado realizando as seguintes atividades:

- Assistindo TV: _____ horas _____ minutos por DIA
- Utilizando computador: _____ horas _____ minutos por DIA
- Assistindo aulas/estudando: _____ horas _____ minutos por DIA
- Fazendo refeições: _____ horas _____ minutos por DIA
- Outras atividades: _____ horas _____ minutos por DIA

- 4b Durante um DIA TÍPICO do final de semana, quanto tempo *no total* você gasta sentado?

- Assistindo TV: _____ horas _____ minutos por DIA
- Utilizando computador: _____ horas _____ minutos por DIA
- Assistindo aulas/estudando: _____ horas _____ minutos por DIA
- Fazendo refeições: _____ horas _____ minutos por DIA
- Outras atividades: _____ horas _____ minutos por DIA

5. Você faz alguma dessas atividades físicas?

ATIVIDADE	Não	Sim	Quantas vezes por semana	Quanto tempo cada vez
Alongamentos	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Basquetebol	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Boliche	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Caminhada	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Ciclismo	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Corrida	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Dança	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Futebol	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Ginástica de academia	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Judô	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Musculação	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Natação	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Pesca	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Pólo aquático	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Surfe	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Tênis (simples)	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Tênis de mesa	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Voleibol de quadra	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Yoga	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
Outras atividades:				
_____	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
_____	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
_____	¹ []	² []	_____	___ h ___ min
_____	¹ []	² []	_____	___ h ___ min

Quarta Parte

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE

1. Você **fuma**?

- Não** ⇨ ¹[] nunca fumei
²[] parei de fumar há menos de 1 ano
³[] parei de fumar há menos de 2 anos
⁴[] parei de fumar há mais de 2 anos

Sim ⇨ ⁵[] Diariamente ⁶[] às vezes

Quantos cigarros você fuma **por dia**: _____ cigarros

Com quantos anos começou a fumar: _____ anos

2. Quantos **drinques** (doses) de bebidas alcoólicas você toma em uma SEMANA

NORMAL? (1 drink = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou dose de uísque ou cachaça) _____ doses

3. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou **5 (cinco)** ou mais “**drinques**” (doses) em uma mesma ocasião? _____ vezes

4. Você **dirige**? ¹[] Sim ²[] Não (➔ PASSE PARA A

QUESTÃO 6)

5. Você ingere álcool quando dirige? ¹[] sempre ²[] às vezes ³[] nunca

6. Você usa cinto de segurança? ¹[] sempre ²[] às vezes ³[] nunca

7. Você usa protetor ou filtro solar para se proteger do sol?

¹[] sempre ²[] às vezes ³[] nunca

8. Você tem **vida sexual** ativa?

Não ⇨ ¹[] **Sim** ⇨ ²[] com parceiro fixo
³[] sem parceiro fixo (ou vários parceiros)

9. Você usa **preservativo** (camisinha) nas suas relações sexuais?

¹[] sempre ²[] às vezes ³[] nunca

10. Você faz **exames e consultas** médicas uma vez por ano ao menos?

¹[] Sim ²[] Não

**QUESTÕES
11 e 12
SÓ PARA
MULHERES**

11. Você faz exames ginecológicos uma vez por ano ao menos?

¹[] Sim ²[] Não

12. Você toma algum tipo de anticoncepcional (oral ou injetável)?

¹[] Sim ²[] Não

Quinta Parte

ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Para responder as questões seguintes você precisa saber que **ATIVIDADES FÍSICAS** incluem: prática de esportes, ginástica de academia, caminhar rápido, jardinagem, faxina, subir escadas ou qualquer outra atividade física de esforço similar a estas. Você pode se considerar **REGULARMENTE ATIVO** se, numa **SEMANA NORMAL**:

- fazer no mínimo em 5 dias da semana, **ATIVIDADES FÍSICAS** de **INTENSIDADE MODERADA**, durante pelo menos 30 minutos (exemplo: caminhar rápido, faxina, 15 minutos de caminhada rápida mais 15 minutos de jardinagem ou qualquer outra atividade que aumente a sua respiração e batimentos do coração)
- fazer no mínimo em 3 dias da semana, **ATIVIDADES FÍSICAS** de **INTENSIDADE VIGOROSA**, durante pelo menos 20 minutos (exemplo: ginástica de academia ou musculação, jogar futebol, basquete ou tênis ou qualquer outra atividade que aumente *MUITO* a sua respiração e batimentos do coração)

Para cada uma das questões abaixo, **POR FAVOR**, marque **Sim** ou **Não**

- | | |
|--|--------------------|
| ▪ Eu sou, atualmente, fisicamente ativo | ¹ [] |
| Sim | ² [] |
| Não | |
| ▪ Eu pretendo me tornar, nos próximos seis meses, mais ativo fisicamente | ¹ [] |
| Sim | ² [] |
| Não | |
| ▪ Eu estou, atualmente, participando de AF regulares | ¹ [] |
| Sim | ² [] |
| Não | |
| ▪ Eu participei de AF regulares nos últimos 6 meses | ¹ [] |
| Sim | ² [] |
| Não | |
| ▪ Eu participei, no passado, de AF regulares por até 3 meses | ¹ [] |
| Sim | ² [] |
| Não | |

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – PARECER
CONSUBSTANCIADO